

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“La estimulación intrauterina y el impacto emocional en el vínculo materno en adolescentes del Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” en edades comprendidas entre 15 y 18 años que se encuentren en el último trimestre del embarazo”

Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica

Autor: Erika Ibeth Palacios Mantilla

Tutor: Dr. Nelson Oswaldo Montenegro Jiménez, MSc.

Promoción 2012- 2013

Quito- 2014

AGRADECIMIENTO

Al culminar mi carrera profesional, le agradezco a mi Madre Ibeth Mantilla ya que ha sido mi apoyo principal e incondicional desde el inicio de mi vida estudiantil y, por respetar la decisión de estudiar lo que me gusta y apasiona como es la Psicología.

No ha sido fácil terminar el ciclo universitario, pero ésta es la recompensa de los años de estudio, aprendizaje continuo, madrugadas y amanecidas incontables, apoyo de maestros y ejemplos de grandes seres humanos que conocí en la Facultad, amigos, experiencias personales y profesionales, errores y aciertos que me han servido para continuar en el camino de ser Psicóloga Clínica, mi inmenso agradecimiento.

Como olvidar a la persona por lo cual ame la profesión quien desde mi época colegial me inspiró para conocer y enamorarme de la Psicología, mi amiga y ahora colega Marcela Olmedo, apoyo incondicional; además al Doctor Oswaldo Montenegro quien ha sido un profesional con calidad humana, guiándome, comprendiéndome y más que nada del cual aprendí en muchos aspectos a ser una profesional y darle el valor que se merece, no solo con sus enseñanzas en el aula de clase sino también con su experiencia y el convivir diario, su paciencia y su sabiduría para terminar así mi carrera, sin olvidar su forma de ser exigente y el corregir cuando era necesario.

Infinidad de personas que estuvieron a mi lado apoyándome, gracias a Darío Cobos por la ayuda prestada cuando más la necesite, a las personas cercanas y familiares que estuvieron a mi alrededor, mis sinceros agradecimientos.

DEDICATORIA

Desde muy pequeña tuve el objetivo de ser una profesional, ahora que lo he conseguido me siento orgullosa de mi misma, soy ejemplo de que las cosas se obtienen cuando se las propone, por más duras que parezcan y por las adversidades que en el camino se puedan encontrar.

Se la dedico a mi hijo CAMILO ROBLES quién desde que llegó a mi vida es el motor que me ayuda a continuar día tras día, aprendo mucho de él y agradezco poder compartir mis logros de su mano, junto a mí.

Además a mis padres Ibeth Mantilla y Xavier Palacios, a mi compañero de vida Roberto Robles, quién me ha apoyado para culminar mis estudios siendo un soporte incondicional, mis amigas que estuvieron apoyándome día a día especialmente cuando no sabía cómo continuar Andrea Ávila y Jéssica Jiménez.

Y a mi amiga Daniela Narváez, que es mi hermana de alma y corazón, estuvo a mi lado en mis aciertos, errores, logros, risas, llantos y sinfín de situaciones.

Finalmente a mi familia, tías, primos y amigos, un gracias de todo corazón.

Los quiero inmensamente


ERIKA PALACIOS

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Quito, 28 de Abril del 2014

Yo **Erika Ibeth Palacios Mantilla** autora de la investigación, con cedula de ciudadanía N° **171697511-3**, libre y voluntariamente DECLARO, que el presente Trabajo de Titulación: **“La estimulación intrauterina y el impacto emocional en el vínculo materno en adolescentes del Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” en edades comprendidas entre 15 y 18 años que se encuentren en el último trimestre del embarazo”**, es original y de mi autoría; de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

f: 

Erika Ibeth Palacios Mantilla
171697511-3

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **ERIKA IBETH PALACIOS MANTILLA** en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre **“La estimulación intrauterina y el impacto emocional en el vínculo materno en adolescentes del Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” en edades comprendidas entre 15 y 18 años que se encuentren en el último trimestre del embarazo”**, por la presente autorizo a la **UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR**, hace uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6,8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, 28 de Abril del 2014



ERIKA IBETH PALACIOS MANTILLA

C.C: 171697511-3

RESUMEN DOCUMENTAL

Trabajo de investigación sobre Psicología Clínica, específicamente sobre estimulación precoz y vínculo afectivo. El objetivo fundamental es determinar si la aplicación de estimulación intrauterina en el último trimestre de embarazo genera un apego apropiado; se explica teóricamente con el enfoque psicoanalítico de la Teoría del Apego de Bowlby y los estadios de Erikson; tratado en cuatro capítulos. Se plantea comprobar si la estimulación intrauterina auditiva genera una mejor estructuración del vínculo materno y si produce emociones placenteras en la madre gestante. Investigación no experimental de tipo correlacional, con diseño cuantitativo en una muestra de 50 adolescentes gestantes, mediante técnica de encuesta. Concluyéndose que la estimulación aplicada generó un óptimo apego madre hijo. Recomendándose acoger y mantener en la institución esta práctica desde el inicio del embarazo, para obtener mejores resultados

CATEGORÍAS TEMÁTICAS:

PRIMARIA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

SECUNDARIA: VÍNCULO AFECTIVO
ESTIMULACIÓN PRECOZ

DESCRIPTORES:

TIPOS DE APEGO

ESTIMULACIÓN INTRAUTERINA

EMBARAZO ADOLESCENTE

EMOCIONES

DESCRIPTORES GEOGRÁFICOS:

SIERRA – PICHINCHA - QUITO

DOCUMENTARY RESUMEN

Clinical research on Clinical Psychology, specifically on early stimulation and emotional bonding. The main objective is to determine if the intrauterine stimulation application in the last term generates an appropriate emotional attachment; theoretically explained by the psychoanalytic approach emotional attachment theory of Bowlby and Erikson's stages; studied in four chapters. It is planned to proof if the intrauterine auditive stimulation produces a better structuring of maternal bond and produces pleasurable emotions in the pregnant mother. Non experimental co-relational research with quantitative design through survey technique in a sample of 50 pregnant adolescent mothers. Concluding that the stimulation applied generated an optimus child mother attachment. Recommending to keep and maintain this practice in the institution since early pregnancy for better results.

THEMATIC CATEGORIES:

PRIMARY: CLINICAL PSYCHOLOGY
SECONDARY: EMOTIONAL BOND
EARLY STIMULATION

DESCRIPTORS:

TYPES OF EMOTIONAL ATTACHMENT
INTRAUTERINE STIMULATION EMOTIONS

GEOGRAPHIC DESCRIPTORS:

SIERRA - PICHINCHA - QUITO

Hereby I certify that I have translated totally and fully the above Summary Overview of the thesis titled "Intrauterine stimulation and emotional impact on the maternal bond in Obstetric-Gynecologic teenagers "Isidro Ayora" Hospital aged 15 to 18 who are in the last term of pregnancy", written by Ms. Erika Ibeth Palacios Mantilla, I.D.171697511-3, student at Psychology Sciences Faculty, Central University of Ecuador. To validate this process, please find attached a copy of my identification card.

Yours very truly,

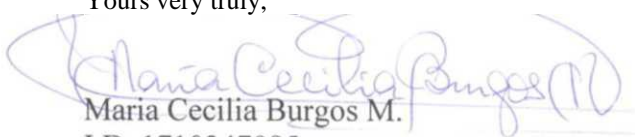

Maria Cecilia Burgos M.
I.D. 1710347095
Translator

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD	4
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	5
RESUMEN DOCUMENTAL.....	6
DOCUMENTARY RESUMEN	7
TABLA DE CONTENIDOS	I
TABLA DE CUADROS.....	III
TABLA DE ILUSTRACIONES	IV
B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	1
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
PREGUNTAS	3
OBJETIVOS	3
1) GENERAL.....	3
2) ESPECÍFICOS.....	3
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	4
MARCO TEÓRICO	6
1 EMBARAZO ADOLESCENTE	6
1.1 LA ADOLESCENCIA Y SUS ETAPAS.....	6
•CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA:	7
•CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA:	7
•ADOLESCENCIA MEDIA (13 A 17 AÑOS):.....	7
1.2 PERIODOS DEL DESARROLLO HUMANO.....	9
1.2.1 ESTADÍOS DE ERIKSON:	11
1.2.1.1 CONFIANZA FRENTE A DESCONFIANZA (ESPERANZA)	11
1.2.1.2 AUTONOMÍA FRENTE VERGÜENZA Y DUDA (AUTONOMÍA)	12
1.2.1.3 INICIATIVA FRENTE A CULPA (PROPÓSITO)	12
1.2.1.4 COMPETENCIA FRENTE A INFERIORIDAD (COMPETENCIA).....	12
1.2.1.5 IDENTIDAD FRENTE A CONFUSIÓN DE PAPELES/ ROLES (FIDELIDAD Y FE)	13
1.2.1.6 INTIMIDAD FRENTE A AISLAMIENTO (AMOR)	13
1.2.1.7 GENERATIVIDAD FRENTE A ESTANCAMIENTO (CUIDADO Y CELO).....	13
1.2.1.8 INTEGRIDAD DEL YO FRENTE A DESESPERACIÓN (SABIDURÍA)	14

1.3 FASES DEL EMBARAZO	14
1.3.1 DEFINICIÓN DE EMBARAZO.....	14
1.3.2 PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO	15
1.3.3SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO	17
1.3.4 TERCER Y ÚLTIMO TRIMESTRE DE EMBARAZO	19
1.4 EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES	21
1.4.1 CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES	22
1.4.2 CONSECUENCIAS ECONÓMICO - CULTURALES	23
2 ESTIMULACIÓN INTRAUTERINA	24
2.1 DEFINICIÓN DE ESTIMULACIÓN.....	24
2.2 TIPOS DE ESTIMULACIÓN	25
2.2.1 EL TACTO	26
TÉCNICAS TÁCTILES:	27
2.2.2 LA VISTA	27
TÉCNICAS VISUALES:	28
2.2.3 EL GUSTO Y EL OLFATO.....	28
2.2.4 LA AUDICIÓN	29
TÉCNICAS AUDITIVAS:.....	30
2.2.5 MOVIMIENTO:	32
2.3 IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN INTRAUTERINA	33
2.4 BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN INTRAUTERINA.....	34
3 REACCIONES EMOCIONALES	36
3.1 DEFINICIÓN DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS	36
3.1.2 LAS EMOCIONES:	36
3.2.2 SENTIMIENTOS:	37
3.2 CLASIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES BÁSICAS SEGÚN ÉKMAN.....	38
3.3 EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y SUS REACCIONES EMOCIONALES	38
4 VÍNCULO	41
4.1 DEFINICIÓN DE VÍNCULO AFECTIVO	41
4.2 TIPOS DE VÍNCULOS.....	41
VÍNCULO SEGURO.....	42
VÍNCULO INSEGURO	42
LA «SITUACIÓN EXTRAÑA»	43
APEGO ANSIOSO AMBIVALENTE.	43
APEGO ANSIOSO EVITATIVO	43
3.3 VÍNCULO MATERNO.....	44
4.4 VÍNCULO PATERNO	45
PAPEL DEL PADRE.....	46
MARCO METODOLÓGICO	47
HIPÓTESIS	47
DEFINICIÓN CONCEPTUAL:.....	47
DEFINICIÓN OPERACIONAL	48
TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	50
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	50
DISEÑO DE LA MUESTRA	51
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	51
TÉCNICAS	51
INSTRUMENTOS.....	52
ANÁLISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	52
RESULTADOS.....	53
PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS Y TABLAS	54
COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS.....	91
COMPROBACIÓN DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS.....	94
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	96
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	99
C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
TANGIBLES	101
VIRTUALES	104
ANEXOS	107
PLAN APROBADO.....	107
GLOSARIO TÉCNICO.....	124
INSTRUMENTO- CUESTIONARIO	127
TABLA DE DATOS	133

TABLA DE CUADROS

<i>Tabla 1</i>	54
<i>Tabla 2</i>	55
<i>Tabla 3</i>	56
<i>Tabla 4</i>	57
<i>Tabla 5</i>	58
<i>Tabla 6</i>	59
<i>Tabla 7</i>	60
<i>Tabla 8</i>	61
<i>Tabla 9</i>	62
<i>Tabla 10</i>	63
<i>Tabla 11</i>	64
<i>Tabla 12</i>	65
<i>Tabla 13</i>	66
<i>Tabla 14</i>	67
<i>Tabla 15</i>	68
<i>Tabla 16</i>	69
<i>Tabla 17</i>	70
<i>Tabla 18</i>	71
<i>Tabla 19</i>	72
<i>Tabla 20</i>	73
<i>Tabla 21</i>	74

<i>Tabla 22</i>	75
<i>Tabla 23</i>	76
<i>Tabla 24</i>	77
<i>Tabla 25</i>	78
<i>Tabla 26</i>	79
<i>Tabla 27</i>	80
<i>Tabla 28</i>	81
<i>Tabla 29</i>	82
<i>Tabla 30</i>	83
<i>Tabla 31</i>	84
<i>Tabla 32</i>	85
<i>Tabla 33</i>	86
<i>Tabla 34</i>	87
<i>Tabla 35</i>	88
<i>Tabla 36</i>	89
<i>Tabla 37</i>	90
<i>Tabla 38</i>	93
<i>Tabla 39</i>	96

TABLA DE ILUSTRACIONES

<i>Cuadro 1</i>	54
<i>Cuadro 2</i>	55
<i>Cuadro 3</i>	56
<i>Cuadro 4</i>	57
<i>Cuadro 5</i>	58
<i>Cuadro 6</i>	59
<i>Cuadro 7</i>	60
<i>Cuadro 8</i>	61
<i>Cuadro 9</i>	62
<i>Cuadro 10</i>	63
<i>Cuadro 11</i>	64
<i>Cuadro 12</i>	65
<i>Cuadro 13</i>	66
<i>Cuadro 14</i>	67
<i>Cuadro 15</i>	68
<i>Cuadro 16</i>	69
<i>Cuadro 17</i>	70
<i>Cuadro 18</i>	71
<i>Cuadro 19</i>	72
<i>Cuadro 20</i>	73
<i>Cuadro 21</i>	74
<i>Cuadro 22</i>	75
<i>Cuadro 23</i>	76
<i>Cuadro 24</i>	77
<i>Cuadro 25</i>	78
<i>Cuadro 26</i>	79
<i>Cuadro 27</i>	80
<i>Cuadro 28</i>	81

Cuadro 29 82

Cuadro 30 83

Cuadro 31 84

Cuadro 32 85

Cuadro 33 86

Cuadro 34 87

Cuadro 35 88

Cuadro 36 89

Cuadro 37 90

Cuadro 38 93

Cuadro 39 96

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

INTRODUCCIÓN

La investigación fue realizada en el Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” en la ciudad de Quito, el tema elegido surgió debido a que estuve en contacto permanente con adolescentes embarazadas y fue de gran interés conocer qué sintieron sobre su embarazo y qué tipo de apego generaron con la utilización de estimulación intrauterina o prenatal, que se refiere a “la técnica que utiliza varios estímulos como sonidos, especialmente la voz de la madre y la música, movimiento, presión, vibración y luz para comunicarse con el bebé antes de nacer. El bebé aprende a reconocer y responder a diferentes estímulos, lo que favorece su desarrollo sensorial, físico y mental” (Verny, 1988). Otra razón fundamental para escoger éste tema de investigación fue la experiencia personal con la técnica antes mencionada, dentro de mi proceso de gestación y los resultados favorables que puedo palpar día a día.

Tuvo como objetivo general determinar si la aplicación de estimulación intrauterina en el último trimestre de embarazo generó un apego apropiado, lo que dio paso a la formulación de dos hipótesis para resolverlo, la estimulación intrauterina auditiva genera una mejor estructuración del vínculo materno y la siguiente fue, si aplicar estimulación produce emociones placenteras en la madre gestante.

La recolección de los datos se realizó través de un cuestionario elaborado personalmente, el cual contó con una prueba piloto para conocer niveles de confiabilidad y validez de la misma.

Los capítulos dentro de marco teórico tratados fueron, en el primer aspecto el embarazo adolescente con sus fases y consecuencias en ésta etapa; en el segundo, todo lo referente a estimulación intrauterina con sus definiciones, modos de aplicación, importancia y beneficios; en el tercer capítulo las reacciones emocionales, diferenciación entre emociones y sentimientos, clasificación de Ekman y las emociones que se producen en el embarazo adolescente. Finalmente en el cuarto capítulo se menciona al vínculo, definición y tipos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad es de conocimiento general que nuestro país tiene gran cantidad de población adolescente en período de gestación o son madres a temprana edad, por lo cual las medidas preventivas para que el embarazo se desarrolle con normalidad, sin riesgos y precautelando la salud de la madre gestante y el feto han ido aumentando en conocimiento y en aplicación de los mismos; pero es evidente que la mayoría está enfocado en el cuidado físico de este grupo vulnerable de la sociedad.

Por lo que es de gran interés conocer cómo se encuentran afectivamente en el proceso de su gestación, especialmente en el tercer trimestre, donde los cambios hormonales son más fuertes, el agotamiento físico y psicológico aumenta y se acompaña de la idea de que en corto tiempo deberán asumir la responsabilidad de ser madre y el miedo infundado o no al parto.

La mayoría de adolescentes en gestación desconocen lo que sucede con el bebé en esta etapa, debido a la falta de conocimiento y la desinformación a nivel familiar, institucional y social. Es así que el Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” al ser un hospital especializado en ésta área brinda apoyo psicológico y la difusión de la información para el mejor entendimiento y asumir de la mejor manera la maternidad en cualquier etapa en que se encuentren, además de la prevención de embarazos a corta edad o la planificación de los mismos para evitar embarazos subsecuentes especialmente en la población adolescente.

Así surgió la idea de utilizar estimulación intrauterina para mejorar el estado afectivo de la madre gestante y se estructure correctamente, desde la gestación, el vínculo seguro con el bebé, teniendo conocimiento previo o no de lo que significa ésta técnica y conocer las actividades que realizó con el bebé como hablarle, cantarle, etc.

Además obtener información de los cuidados maternos, como alimentación, asistencia a controles prenatales o las situaciones de riesgo en las que puedan estar inmersas (consumo de alcohol, tabaco o sustancias psicotrópicas) asociando a lo que afectivamente sienten hacia su bebé en su proceso de gestación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PREGUNTAS

- ¿Influye la estimulación intrauterina en el apego de madre a hijo?
- ¿Una correcta estimulación intrauterina genera un vínculo estructurado en la madre adolescente?
- ¿Qué tipo de emociones experimenta la madre adolescente cuando inicia la estimulación intrauterina?

OBJETIVOS

1) General

- Determinar si la aplicación de estimulación intrauterina en el último trimestre de embarazo genera un apego apropiado.

2) Específicos

- Conocer si la estimulación intrauterina genera una apropiada respuesta emocional al embarazo adolescente.
- Explorar las emociones de la adolescente embarazada cuando haga el proceso de estimulación intrauterina.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El embarazo adolescente es un problema social a nivel mundial, especialmente en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo, son los lugares donde más se evidencian la problemática de tener una población de madres jóvenes como lo veremos a continuación:

“Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos, oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe.

En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.” (Boletín de la OMS, 2009).

No hay que dejar de lado la situación que vive nuestro país, donde el embarazo adolescente tiene un índice muy alto actualmente, a pesar de las medidas preventivas y las campañas que brinda el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Más del 17% de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela, según datos divulgados el jueves por el Gobierno, que ha lanzado una campaña para reducir esa cifra en una cuarta parte en dos años.

En el 2010, el último año del que hay cifras oficiales, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños .Además, menores de entre 10 y 14 años tuvieron cerca de 1.100 hijos ese año. Lejos de bajar, esas cifras han aumentado desde el 2006 y colocan a Ecuador, junto a Venezuela, a la cabeza de toda América Latina en términos de embarazo adolescente, según datos del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (Diario el Universo, 2012).

Por consiguiente fue de gran importancia la investigación para conocer y determinar que los lazos afectivos con el bebé fueron los apropiados desde el período prenatal a través de la estimulación intrauterina, fundamentalmente con la estimulación auditiva, por lo que podemos afirmar que los objetivos planteados se cumplieron satisfactoriamente y las dos hipótesis formuladas en similar sentido, se probaron con alto grado de validez.

La Importancia de la estimulación prenatal en el tercer trimestre estuvo centrada en actividades oportunas que enriquecieron al niño en su desarrollo físico y mental. “es un proceso que usa varios estímulos, como los sonidos, en especial la voz de la madre, la música, la presión y la luz para comunicarse con el bebé que está aún en el útero. El niño aprende a reconocer y responder a diferentes estímulos, optimizando su desarrollo físico y mental”

La estimulación auditiva es una de las más importantes. Para partir con este tipo de estimulación, la madre debe tomar conciencia de la presencia de su hijo en su vientre como una persona a la que le puede contar todo lo que realiza. Por ejemplo al despertar: Buenos días hijo, ahora me voy a bañar ¿me acompañas? Una vez que estás adentro de la ducha, le comentas que el agua está calientita, le dices que te vas a lavar el cabello y el cuerpo, le hablas durante todo el baño. Debes repetir esta actitud durante todo el día y le narras todas tus actividades (Zambrano, 2009).

La factibilidad del proyecto de investigación fue óptima debido al lugar donde se realizó las prácticas pre- profesionales, ya que al ser un hospital gineco- obstétrico existió la facilidad de encontrar a adolescentes en período de gestación necesario para el desarrollo y culminación de la investigación. Siendo útil la finalización de la investigación donde se pudo plantear alternativas altamente válidas en la formación del vínculo entre madre e hijo.

MARCO TEÓRICO

1 EMBARAZO ADOLESCENTE

1.1 La adolescencia y sus etapas

La adolescencia es un período de la vida donde transcurren diversos cambios en el ser humano, siendo los más representativos los cambios físicos, hormonales y psicológicos. Es una época en la cual él o la adolescente siente la necesidad de poseer independencia denotando sus interés, gustos, cuestiona y plantea su criterio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Por la misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos, muy susceptible de tomar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañinas autodestructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga.

Es por esta razón que los adolescentes se encuentran en un período en el cual experimentan sin tener el conocimiento total de los riesgos en los que pueden incurrir, tienen una ambivalencia de sentimientos que les lleva a cometer actos impulsivamente y en ocasiones sin darse cuenta de las repercusiones psicosociales, físicas y emocionales que pueden tener en su vida actual y futura; a continuación cada etapa de la adolescencia con sus distintas particularidades.

- **Características de la adolescencia temprana:**

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y el desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

- **Características de la adolescencia tardía:**

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven (Pineda y Aliño, 2002, p. 17).

Dependiendo del enfoque en que se aborde la adolescencia, hay ciertos autores que describen tres etapas, colocándole una fase intermedia, refiriéndose a la adolescencia netamente, como un tercer período.

- **Adolescencia media (13 a 17 años):**

- Surge la necesidad de amar.
- Suelen tener intensas amistades.
- Surge “el primer amor”.
- Comportamientos negativos, de inconformismo y agresividad hacia los demás, causadas por la frustración de no poder valerse por sí mismos.
- La timidez es característica de esta fase.
- Miedo a la opinión ajena, causado por la desconfianza en sí mismo y en los demás.

Dentro de cualquier etapa de la adolescencia, existen situaciones de riesgo que los y las adolescentes pueden enfrentarse. Es importante conocer los factores de riesgo en los que pueden estar inmersos, para prevenir decisiones y resultados erróneos a futuro.

Los factores de riesgo, considerados como efectos con altas probabilidades de daño o resultados no deseados para el adolescente, sobre los cuales debe actuarse, son fundamentalmente los siguientes:

- Conductas de riesgo.

- Familias disfuncionales.
- Deserción escolar.
- Accidentes.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas.
- Embarazo.
- Desigualdad de oportunidad en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.

Factores protectores para la salud del adolescente

Los factores protectores de la salud son determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social. Los efectos positivos de estos factores deben ser considerados durante todas las etapas del ciclo vital y no solo de la adolescencia. Los factores protectores son susceptibles de modificarse e identificarse o no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar. En relación con los adolescentes, se han identificado determinados factores protectores:

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funcionales de la familia.
- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medio ambientes saludables y seguros para ambos sexos.
- Promoción del auto-cuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- Igualdad de oportunidades para el acceso a la salud, educación, práctica del tiempo libre, desarrollo y bienestar.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con una escala de valores sociales y morales apropiados.
- Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés. (resiliencia) conociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas, que poseen los niños y adolescentes (Pineda y Aliño, 2002, pp.20-21).

Dentro de los principales factores de riesgo antes mencionados, se encuentra el embarazo adolescente, actualmente continúa un número alto de caso a nivel mundial. Pese a que hay medidas preventivas que se están llevando a cabo, dentro del embarazo adolescente se encuentran adjuntas numerosas situaciones, como por ejemplo el impacto emocional del embarazo, aceptación o no del mismo, grado de apoyo que recibirá por parte de la familia, pareja, amistades y sociedad para sobrellevar su nueva realidad.

El embarazo adolescente es un problema social a nivel mundial donde en todos los países se vive la situación de tener una población de madres jóvenes. En Ecuador las cifras son comparables con aquellas a nivel mundial, existe una población eminentemente joven que son madres y padres adolescentes, siendo uno de los factores de riesgo la edad y el entorno en general, para la maternidad a temprana edad. Ecuador es uno de los países que tiene índices más altos en Latinoamérica, pese a que existen campañas preventivas y de promoción dentro del Ministerio de Salud Pública como “Habla serio, sexualidad sin misterio”, refiriéndose a la planificación familiar y evitar embarazos adolescentes, además de disminuir el número de mortalidad en esa población vulnerable.

Ecuador posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región subandina, pues dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. De estas, el 45% no estudia, ni trabaja. La Encuesta Demográfica y de Salud Materno-Infantil sostiene que en el país, dos de cada 10 adolescentes que tienen relaciones sexuales iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años. Como resultado que el 26% de la población adolescente esté embarazada (El Diario, 2011).

Es necesario sensibilizar a la sociedad en general, sobre ésta problemática, teniendo en cuenta las cifras antes mencionada, pero con mayor énfasis, al adolescente sobre lo que significa el embarazo, las repercusiones que conlleva tanto en el área personal, familiar, social, educativo y lo que implica asumir la responsabilidad de ser padre y madre en una etapa particular como la adolescencia.

1.2 Períodos del desarrollo humano

Conociendo las diversas etapas de la adolescencia, daremos paso para centrarnos en el estadio de “Identidad frente a confusión de roles”, que es propiamente la adolescencia, daremos una correlación entre las etapas del desarrollo con la perspectiva de Erik Erikson.

Cada ser humano pasamos o atravesamos cada etapa de la vida de forma distinta, pese a que físicamente estemos inmersos en los mismos cambio, determinará mucho los factores externos y cómo desde el inicio de la vida encaminen el proceso de atravesar cada período, con sus repercusiones, situaciones y resultados dependiendo en qué manera se presenten y/o superen. Para conocer el inicio de la teoría de Erikson, es necesario conocer sus antecedentes.

Erik Homburger Erikson nace en Alemania el 15 de Junio de 1902, en su juventud estudió arte terminando como profesor en una escuela de Viena que entendía a los hijos de los pacientes de Freud, hecho que hizo aproximarse a los niños y al psicoanálisis. En este periodo conoció a Joan Serson psicoanalista con quien se casó. Estudió psicoanálisis en el Instituto Psicoanalítico de Viena, llegando a ser Psicoanalista Infantil (Bordignon, 2005, p.51).

Erikson reinventó las fases psicosexuales elaboradas por Freud y enfatizó según Engler los aspectos sociales de cada una de ellas (Lindzey, 1994, p.55).

Al igual que Piaget, Erik Erikson (1902-1994) sostuvo que los niños se desarrollan en un orden predeterminado. En vez de centrarse en el desarrollo cognitivo, sin embargo, él estaba interesado en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal. La teoría de Erikson del desarrollo psicosocial está formada por ocho etapas distintas, cada una con dos resultados posibles.

Los estadios son jerárquicos, integran las cualidades y las limitaciones de los estadios anteriores, el modelo epigenético de Erikson es también un modelo ontogenético. Los estadios son procesales y en continuo desarrollo, implicando la transformación de las estructuras operacionales como un todo, en la dirección de la mayor diferenciación interna, complejidad, flexibilidad y estabilidad (Bordignon, 2005, p.52).

Según la teoría, la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Estas etapas, sin embargo, se pueden resolver con éxito en el futuro.

Erikson apoya su teoría del ciclo vital (que abarca desde el nacimiento hasta la muerte) teniendo en cuenta los aspectos sociales y su relación con el entorno del individuo. Esta teoría de las etapas evolutivas del ser humano tiene un carácter interactivo ya que intenta relacionar los aspectos internos del individuo con el entorno social y cultural que le rodea.

Erik Erikson se dedicó a desarrollar su teoría con varias investigaciones que se relacionaron con el estudio de niños y adolescentes, por lo cual se observa un enfoque social y emocional en las diversas etapas desarrolladas.

Para Erikson, cada persona interactúa continuamente con las necesidades que se le plantean y las demandas y la realidad del medio físico donde habita (Grimaldi, 2009).

En cada estadio conquistado se resaltarán virtudes y habilidades que podrá aplicar en la vida cotidiana, en cambio al no superar la crisis ocurrirá un estancamiento y generará conflictos adversos que tendrán como resultado que no continúe el desarrollo progresivo de cada etapa.

Se debe diferenciar los factores, situaciones, tipo de personalidad para que cada ser humano se enfrente y supere cada etapa. Dependerá en muchas ocasiones de cuál es el tipo de apego y guía que tenga desde el hogar para elegir de manera distinta, pese a que se encuentre en las mismas situaciones.

Para continuar con el proceso de las etapas se necesita de la “crisis” como lo menciona Erikson, para de esta manera conquistar o no el estadio determinado, pero hay que tener en cuenta que siempre que una etapa no sea superada se la puede superar de manera posterior.

La crisis comprende el paso de un estadio a otro, como proceso de cambio de las estructuras operacionales o un proceso de estancamiento o regresivo, en el mismo. Comprende también la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes) y las distónicas (defectos) de cada estadio.

1.2.1 Estadios de Erikson:

Para cada estadio Erikson atribuye una característica central básica y una crisis básica psicosocial dialéctica.

1.2.1.1 Confianza frente a desconfianza (esperanza)

Desde el nacimiento hasta la edad de un año, los niños comienzan a desarrollar la capacidad de confiar en los demás basándose en la consistencia de sus cuidadores (generalmente las madres y padres). Si la confianza se desarrolla con éxito, el niño/a gana confianza y seguridad en el mundo a su alrededor y es capaz de sentirse seguro incluso cuando está amenazado. No completar con éxito esta etapa puede dar lugar a una incapacidad para confiar, y por lo tanto, una sensación de miedo

por la inconsistencia del mundo. Puede dar lugar a ansiedad, a inseguridades, y a una sensación excesiva de desconfianza en el mundo.

1.2.1.2 Autonomía frente vergüenza y duda (autonomía)

Entre el primer y el tercer año, los niños comienzan a afirmar su independencia, caminando lejos de su madre, escogiendo con qué juguete jugar, y haciendo elecciones sobre lo que quiere usar para vestir, lo que desea comer, etc. Si se anima y apoya la independencia creciente de los niños en esta etapa, se vuelven más confiados y seguros respecto a su propia capacidad de sobrevivir en el mundo. Si los critican, los controlan excesivamente, o no se les da la oportunidad de afirmarse, comienzan a sentirse inadecuados en su capacidad de sobrevivir, y pueden entonces volverse excesivamente dependiente de los demás, carecer de autoestima, y tener una sensación de vergüenza o dudas acerca de sus propias capacidades.

1.2.1.3 Iniciativa frente a culpa (propósito)

Alrededor de los tres años y hasta los siete, los niños se imponen o hacen valer con más frecuencia. Comienzan a planear actividades, inventan juegos, e inician actividades con otras personas. Si se les da la oportunidad, los niños desarrollan una sensación de iniciativa, y se sienten seguros de su capacidad para dirigir a otras personas y tomar decisiones. Inversamente, si esta tendencia se ve frustrada con la crítica o el control, los niños desarrollan un sentido de culpabilidad. Pueden sentirse como un fastidio para los demás y por lo tanto, seguirán siendo seguidores, con falta de iniciativa.

1.2.1.4 Competencia frente a inferioridad (competencia)

Desde los seis años hasta la pubertad, los niños comienzan a desarrollar una sensación de orgullo en sus logros. Inician proyectos, los siguen hasta terminarlos, y se sienten bien por lo que han alcanzado. Durante este tiempo, los profesores desempeñan un papel creciente en el desarrollo del niño.

Si se anima y refuerza a los niños por su iniciativa, comienzan a sentirse trabajadores y tener confianza en su capacidad para alcanzar metas. Si esta iniciativa no se anima y es restringida por los padres o profesores, el niño comienza a sentirse inferior, dudando de sus propias capacidades y, por lo tanto, puede no alcanzar todo su potencial.

1.2.1.5 Identidad frente a confusión de papeles/ roles (fidelidad y fe)

Durante la adolescencia, la transición de la niñez a la edad adulta es sumamente importante. Los niños se están volviendo más independientes, y comienzan a mirar el futuro en términos de carrera, relaciones, familias, vivienda, etc. Durante este período, exploran las posibilidades y comienzan a formar su propia identidad basándose en el resultado de sus exploraciones. Este sentido de quiénes son puede verse obstaculizado, lo que da lugar a una sensación de confusión sobre sí mismos y su papel en el mundo.

1.2.1.6 Intimidad frente al aislamiento (amor)

En la adultez temprana, aproximadamente desde los 20 a los 25 años, las personas comenzamos a relacionarnos más íntimamente con los demás. Exploramos las relaciones que conducen hacia compromisos más largos con alguien que no es un miembro de la familia.

Completar con acierto esta etapa puede conducir a relaciones satisfactorias y aportar una sensación de compromiso, seguridad, y preocupación por el otro dentro de una relación. Erikson atribuye dos virtudes importantes a la persona que se ha enfrentado con éxito al problema de la intimidad: afiliación (formación de amistades) y amor (interés profundo en otra persona). Evitar la intimidad, temiendo el compromiso y las relaciones, puede conducir al aislamiento, a la soledad, y a veces a la depresión.

1.2.1.7 Generatividad frente a estancamiento (cuidado y celo)

Durante la edad adulta media, es una etapa que dura desde los 25 hasta los 60 años aproximadamente, establecemos nuestras carreras, establecemos una relación, comenzamos nuestras propias familias y desarrollamos una sensación de ser parte de algo más amplio. Aportamos algo a la sociedad al criar a nuestros hijos, ser productivos en el trabajo, y participar en las actividades y organización de la comunidad. Si no alcanzamos estos objetivos, nos quedamos estancados y con la sensación de no ser productivos.

No alcanzar satisfactoriamente la etapa de generatividad da lugar a un empobrecimiento personal. El individuo puede sentir que la vida es monótona y vacía, que simplemente transcurre el tiempo y envejece sin cumplir sus expectativas. Son personas que han fracasado en las habilidades personales para hacer de la vida un flujo siempre creativo de experiencia y se sienten apáticos y cansados.

Las personas generativas encuentran significado en el empleo de sus conocimientos y habilidades para su propio bien y el de los demás; por lo general, les gusta su trabajo y lo hacen bien.

1.2.1.8 Integridad del yo frente a desesperación (sabiduría)

Mientras envejecemos y nos jubilamos, tendemos a disminuir nuestra productividad, y exploramos la vida como personas jubiladas. Durante este periodo contemplamos nuestros logros y podemos desarrollar integridad si consideramos que hemos llevado una vida acertada.

Si vemos nuestras vidas como improductivas, nos sentimos culpables por nuestras acciones pasadas, o consideramos que no logramos nuestras metas en la vida, nos sentimos descontentos con la vida, apareciendo la desesperación, que a menudo da lugar a depresión (Muñoz, s.f.).

La crisis de cada etapa se contrapone a su alternativa, es así que mientras se vaya superando con satisfacción cada una de ellas, la siguiente etapa irá apareciendo sin dificultad, en cambio cuando no se ha superado el estadio, la siguiente etapa se presentará más compleja, hay que recordar que posteriormente existe la posibilidad de superar la etapa aún no resuelta.

1.3 Fases del embarazo

El embarazo es un proceso que debe tratarse en todos sus aspectos, teniendo en cuenta los cambios físicos, sentimientos, emociones, ideas, en sí todo lo que éste abarca, para que exista un conocimiento, aprendizaje y valoración al mismo, generando que la experiencia del embarazo sea gratificante para la madre adolescente y personas significativas que se encuentren a su alrededor.

1.3.1 Definición de embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. En las primerizas, como se denomina a las mujeres que darán a luz por primera vez, y en las que tienen partos previos, pero con menores probabilidades, el primer trimestre de embarazo resulta ser el más riesgoso por la posibilidad de pérdida del mismo (aborto espontáneo). En tanto, una vez ya en el tercero comienza el punto de viabilidad del feto, esto significa que el bebé ya es capaz de sobrevivir extrauterinamente sin necesidad de soporte médico. Si bien los medios técnicos

disponibles difieren función de los recursos y de factores sociales, se estima que un feto de 24 a 26 semanas estaría en condiciones de sobrevivir con los cuidados médicos apropiados. Estos niños se denominan prematuros extremos. En cambio, los prematuros con algo más de edad gestacional (30 o más semanas) podrían sobrevivir con menor nivel de complejidad asistencial, siempre y cuando los pulmones hayan alcanzado la madurez necesaria.

Los embarazos en la media de las mujeres suelen ser únicos; sin embargo, también existe la posibilidad que se produzca un embarazo múltiple. Esto puede darse en condiciones de tipo hereditario, también pueden darse como consecuencia de las técnicas de fecundación asistida, situación que se ha visto mucho en los últimos años en las mujeres que se sometieron a este tipo de práctica ante la imposibilidad de concebir de modo tradicional. Así, el implante de numerosos óvulos desencadena una mayor probabilidad de embarazos múltiples. Otra consecuencia de la “medicalización” del embarazo ha sido un aumento de la tasa de cesáreas, muchas veces innecesarias, ya que, aunque liberan a la madre de los siempre temidos dolores asociados con el parto, no dejan de constituir un acto quirúrgico, con los riesgos que esto puede provocar en la mujer y el bebé. Por consiguiente, dentro de las lógicas posibilidades de cada caso en particular, debe preferirse la alternativa del parto vaginal clásico para un final feliz del embarazo.

El embarazo es un período en la vida de la mujer en el cual se experimenta diversos tipos de emociones, dependiendo de si fue planificado, deseado, o en las condiciones oportunas para que se lleve la concepción; estará sujeto a los diversos factores para que el embarazo sea aceptado o negado desde el inicio, también existe una ambivalencia de sentimientos esto sucede con mayor frecuencia en la adolescencia, etapa en la cual lleva inmersa una explosión de sentimientos, emociones, pasiones y reacciones.

El embarazo en la adolescencia encierra un desconocimiento de lo que sucede en su cuerpo, los cambios psicológicos que ocurren y socialmente como repercutirán en la adolescente embarazada. Debe existir el conocimiento adecuado de lo que transcurre, en las diferentes etapas, para que el embarazo se desarrolle en las mejores condiciones y posteriormente se produzca el alumbramiento, teniendo como resultado una madre adolescente con apego seguro hacia su hijo.

1.3.2 Primer trimestre de embarazo

- **Primer mes (semana 1- 4)**

Desde el momento en que el óvulo es fecundado hasta la octava semana se conoce como periodo embrionario, y desde la novena semana hasta el final del embarazo se conoce como la etapa fetal. Inmediatamente después de que se fusionan, óvulo y espermatozoide,

se inicia la división del huevo o cigoto. Primero se divide en dos células y estas se dividen en otras dos, y así sucesivamente hasta formar la mórula (llamada así por la semejanza con la fruta llamada mora), formada por 64 células.

Su tamaño apenas es mayor al del huevo inicial. Mientras tanto el huevo viaja desde el lugar de la fecundación hasta la cavidad uterina, gracias a los movimientos de la trompa y a las pestañas vibrátiles. Este viaje dura aproximadamente tres días.

La mórula aquí se transforma en blástula y entra en contacto con la cavidad uterina que está ya preparada para recibirla, aquí la blástula que se asemeja a una pelota llena de líquido, se introduce en la mucosa del interior de la matriz, iniciándose así la formación de la placenta primitiva, hasta que el huevo se sumerja en esta mucosa y se establezca una conexión con la corriente sanguínea de la madre que le permitirá seguir desarrollándose (Carrera y Dexeus, 1986, p.14).

- **Segundo mes (semana 5-9)**

A principios del segundo mes es muy posible que se noten los primeros síntomas del embarazo, los cuales están originados por la reacción del cuerpo a las grandes concentraciones de la hormona del embarazo, la Gonadotropina coriónica humana (hCG), cuya producción se inicia a partir de la semana 4 de embarazo y va aumentando gradualmente.

El embrión adquirirá forma humana y alcanzará un tamaño de hasta 3 mm. Se habrá formado el corazón, el cual será capaz de latir de manera autónoma. Los ojos y las orejas comenzarán a adquirir forma. Empieza la formación de los órganos digestivos. Está sumergido en el líquido amniótico y unido por el cordón umbilical a la placenta, crece rápidamente y hasta la sexta semana se distingue un esbozo de los ojos, oídos y fosas olfativas, al finalizar la séptima semana aparecen manos y pies. Hacia la octava semana desaparece la cola y es capaz de levantar su cabeza y mostrar en su rostro los primeros rasgos humanos (Rodríguez y Vélez, 2008, p.12).

- **Tercer mes (semana 10-13)**

Los síntomas de embarazo son evidentes y alcanzan su cumbre durante esta etapa; las náuseas, cansancio, excesivo sueño, etc. , acompañan a la futura madre casi a cada hora del

día. La buena noticia es que a partir de la semana 15 de embarazo estos síntomas comenzarán a ceder. Los cambios físicos también son evidentes, los pechos y el abdomen han aumentado de tamaño y probablemente han cambiado su forma normal.

Este feto de 11 semanas, aún carece de tejidos grasos, por eso las manos, los pies y los dedos tienen la piel fina, durante este mes tiene un tamaño de hasta 8 cm y pesará unos 25 gramos. Aún dispone de mucho sitio en el útero, pero no por mucho tiempo, ya que el crecimiento se ha disparado y aumenta su tamaño de día en día. Las terminaciones nerviosas se multiplican a gran velocidad, ya tiene reflejos, por ejemplo si se le tocara la palma de la mano, probablemente cerraría sus dedos. Los órganos internos comienzan algunas de sus funciones: los riñones son capaces de filtrar la orina y la envía a la vejiga urinaria, el hígado inicia la producción de bilis.

En la semana 13 de embarazo mide unos 7,5 cm. y pesa alrededor de 25 gramos. Han aparecido las huellas dactilares -una característica propia y única de cada persona.

El futuro bebé ya ha desarrollado el Reflejo de búsqueda (del inglés Rooting) un reflejo innato que ayuda al bebé a encontrar el pezón. Este reflejo entra en acción al tocar la mejilla del niño, ya sea con el pezón o con un dedo. Si se presiona el vientre, el feto lo notará y automáticamente realizará este acto reflejo.

Aunque aún quedan meses para el parto, los pechos han comenzado la producción de *calostro*, el cual alimentará al bebé durante los primeros días de vida, hasta que la producción de leche materna se active.

Si el feto es femenino, sus ovarios ya acumularán 2 millones de óvulos. Cuando llegue el momento del parto, esta cantidad habrá disminuido a la mitad y con el paso del tiempo irá descendiendo paulatinamente. Con 17 años la niña dispondrá de alrededor 200.000 óvulos.

1.3.3 Segundo trimestre de embarazo

- **Cuarto mes (semana 14-17)**

El futuro bebé alcanzará los 18 cm y llegará a pesar unos 150 gr. Esta etapa del embarazo se caracteriza por la gran actividad fetal. A finales de este mes empezará a tomar consciencia de su existencia y comenzará a explorar el vientre materno: moverá sus manos, dará vueltas, se tocará a sí mismo y sus alrededores, presionará las paredes de la matriz.

Concluyendo éste mes, la mujer embarazada comenzará a sentir los primeros movimientos fetales, el feto podrá gesticular, por ejemplo arrugar la frente y hacer muecas. Es incluso capaz de chuparse el dedo pulgar. Las investigaciones científicas sugieren que estos movimientos pertenecen al desarrollo de los impulsos cerebrales.

En la semana 17 el esqueleto está compuesto de tejido cartilaginoso, que posteriormente se endurecerá. *La Mielina*, una sustancia formada por materia grasa, recubre ahora la médula espinal para protegerla.

- **Quinto mes (semana 18-22)**

A finales del quinto mes de embarazo, medirá alrededor de 20 a 25 cm. y pesará cerca de 500 gramos. Su piel, que va adquiriendo pigmentación, por lo que paulatinamente deja de ser traslúcido, se ha cubierto de una capa grasa y blanquecina, llamada *vernix caseosa*, que mantendrá su temperatura y le protegerá durante el resto del embarazo, a la vez que le ayudará a deslizarse mejor a través del cuello del útero durante el parto.

Durante ésta época duerme entre 18 y 20 horas al día y se chupa a menudo su dedo pulgar. Puede tragar, y entrena esta nueva función, tragando líquido amniótico, el cual le produce hipo con frecuencia. Se denotará a través de un pequeño movimiento rítmico que se reflejarán en el vientre, durante pocos minutos cuanto tiene un episodio de hipo.

El desarrollo de los sentidos ha alcanzado el punto más alto, las conexiones nerviosas para el gusto, el olfato, el oído, y la vista se han desarrollado completamente en cada región del cerebro determinada para ello. Puede oír perfectamente, cuando la madre hable, cante o lea en voz alta.

- **Sexto mes (semana 23-27)**

A finales del sexto mes de embarazo medirá unos 30 cm. y pesará alrededor de 900 gr. Sus rasgos faciales estarán perfectamente definidos. El sistema respiratorio concluye su desarrollo, a partir de este momento sería apto para respirar por sí mismo fuera del útero. Debido al tamaño que el bebé adquiere durante este mes, en el vientre materno queda cada vez menos espacio libre, por lo que el feto no puede moverse con la soltura de los meses anteriores,

Es posible que aparezca por primera vez el *calostro*, es un líquido producido por las glándulas mamarias, que alimentará al bebé durante los primeros días de vida, hasta inicie la producción de leche materna.

A esta altura del embarazo pueden presentarse las primeras *contracciones Braxton Hicks*, a través de las cuales el cuerpo de la mujer ejercita las contracciones uterinas como preparación al parto. Estas contracciones suelen aparecer con más frecuencia en momentos de tensión, estrés o cuando la madre realiza grandes esfuerzos.

El cerebro del feto alcanzará un desarrollo tal, que es capaz de notar los estímulos exteriores: si se coloca una fuente aguda de luz sobre el vientre, el bebé girará la cabeza hacia donde se produce el estímulo. El acontecimiento más importante que ocurre durante esta etapa, es que abre sus ojos por primera vez, también continuará ejercitando los demás sentidos y seguirá el ritmo del corazón de su madre con sus oídos.

1.3.4 Tercer y último trimestre de embarazo

- **Séptimo mes (semana 28-31)**

A finales del séptimo mes de embarazo, mide alrededor de 40 cm. y pesará cerca de 1200 gramos. Ahora llena prácticamente todo el útero, es por eso que se reduce la cantidad de líquido amniótico y el tamaño de la placenta.

En este mes se acelera la maduración de todos los órganos internos del feto. En el aparato respiratorio aparecen los surfactantes pulmonares, sustancias que cuando el niño respire luego del parto, evitarán que se peguen las paredes de los alvéolos pulmonares, facilitando el intercambio de gases entre el aire y la sangre que tiene lugar en los sacos alveolares pulmonares en la profundidad del pulmón. Los riñones, el hígado y el cerebro, han madurado tanto que podrían mantener con vida al feto extrauterinamente si fuera necesario, y con la ayuda debida, 70% de los nacidos sietemesinos, sobreviven.

Poco a poco se va formando una capa de grasa, la cual le protegerá del frío fuera del útero. Estudios científicos muestran que a partir de este mes el feto es capaz de regular su propia temperatura corporal. El lanugo, la fina masa capilar que recubre al feto, aumentará y cubrirá su espalda, brazos y piernas; pero desaparece hacia las últimas semanas de embarazo.

- **Octavo mes (semana 32-36)**

En el octavo mes las arrugas desaparecen por acumularse más grasa en el tejido subcutáneo, y la piel se torna más lisa y suave, en el niño los testículos descienden a las bolsas escrotales, y en la niña se configurará la vulva. Muchos fetos en la semana 32 inician el cambio de posición, en el cual se situará cabeza-abajo (lo se denomina presentación cefálica.), postura que conservará hasta el parto. A finales del octavo mes de embarazo, medirá alrededor de 45 cm. y pesará cerca de 2300 gramos.

Durante esta etapa, el mayor problema con el que se enfrenta la futura madre es la falta de sueño: el tamaño que el vientre ha adquirido dificulta cada vez más el descanso nocturno, debido a problemas, por ejemplo, para darse la vuelta en la cama, posiblemente dificultad para respirar ya que el bebé ha crecido hacia arriba, ocupando parte del lugar en donde se hallan los pulmones, por lo que ejerce presión sobre éstos.

El futuro bebé ha alcanzado tal tamaño que ocupa casi todo el espacio que le reserva el útero, por este motivo se mueve con más dificultad. Ahora realizará flexiones y extensiones de brazos y piernas con lo cual sus pequeñas patadas serán más vigorosas y perceptibles e incluso se verán desde el exterior.

- **Noveno mes (semana 37-40)**

Durante el último mes de embarazo el bebé, que ya se ha desarrollado plenamente y puede venir al mundo en cualquier momento, reforzará sus defensas beneficiándose de los anticuerpos que recibe de la madre. Se chupa a menudo el dedo pulgar y traga alrededor de dos litros diarios de líquido amniótico: su organismo se prepara para la lactancia y la vida fuera del seno materno.

El bebé puede alcanzar los 50 cm y pesar alrededor de 3500 gramos, aunque estas medidas son sólo aproximadas y pueden oscilar: el tamaño y peso del bebé está estrechamente ligado y depende del tamaño y peso de los propios padres.

Los primeros fragmentos de memoria se inician en el cerebro fetal desde el tercer trimestre. Es difícil determinar el mes, y se discute si el niño recuerda desde el sexto u octavo mes, sin embargo no podemos negar que el niño intrauterino retiene sus evocaciones (Verny, 1988, p.39). Los receptores sensoriales y las vías de conducción aparecen muy tempranamente (desde la semana 7ª de gestación), luego se activan, sucesivamente, los sistemas olfativo, gustativo, auditivo y visual. Durante el 6º mes de gestación, todos estos

sistemas operan normalmente. El crecimiento de las neuronas llega a su máximo desarrollo al final del embarazo. La sinapsis entre ellas se multiplican en el momento del nacimiento (Methelin, 2001, p.37).

Hay que recalcar que en el proceso de la gestación intervienen diversos componentes físicos para su desarrollo, pero deben ser acompañados de componentes emocionales para su completa formación, por lo cual es necesario tener en cuenta que sí el bebé puede realizar reflejos también podrá interactuar con el medio exterior a través de sus movimientos fetales cuando le sean presentados diversos estímulos y logrará recordarlos después de su nacimiento si se le presentan los mismos.

“La organización del cerebro humano está vinculada con la utilización que el bebé haga de sus experiencias en relación con los aportes del mundo exterior” (Methelin, 2001, p.38).

1.4 El embarazo adolescente y sus repercusiones psicosociales

Tiene gran importancia conocer el desarrollo del embarazo, de igual manera se debe abordar las repercusiones psicológicas y sociales que se refiera a la adolescente y a su maternidad. Se debe tomar en cuenta que cada embarazo con sus situaciones socioculturales son diferentes, pero estructuralmente son similares.

Ahora bien en cuanto a cómo se sienta la madre adolescente con su maternidad será acompañado de qué tipo de repercusiones se presenten a su alrededor, de cómo sea calificado en la sociedad circundante y en qué forma cause impacto a la madre y a las personas significativas para ella.

En la actualidad el embarazo adolescente ha sido calificado como un problema de salud pública, ya que en los últimos años se ha presentado un incremento del número de jóvenes que son madres antes de cumplir los 18 años según la Organización Mundial de la Salud. Se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde ya hace unos 30 años.

Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicaciones del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Cuando la adolescente se embaraza inicia un proceso complejo de toma de decisiones.

Este problema constituye un obstáculo para lograr el desarrollo social, trayendo como consecuencia que un alto porcentaje de éstas jóvenes tengan que abandonar o retrasar sus estudios y adentrarse en roles que no corresponden a su edad y para los cuales no están preparadas.

Esto incide en la pobreza del país, además de un crecimiento demográfico descontrolado, deserción escolar, desnutrición infantil, entre otros factores que no son nada provechosos para el país (Freire, 2011).

Existen debates de lo expuesto anteriormente, sin embargo, hay consenso en que un evento no esperado, en las condiciones sociales- económicas y culturales que vive el Ecuador y la Región Andina no es un escenario que brinde las mejores oportunidades para que los y las adolescentes puedan vivir su embarazo en buenas condiciones. De hecho las voces adolescentes establecen que cuando una adolescente se embaraza, muchas veces enfrentan solas el problema, pues ni ella, ni su pareja, ni sus padres o madres, así como tampoco los servicios públicos (educación y salud) tienen suficientes elementos para abordar y apoyar a la joven que enfrenta un embarazo (Gómez, 2007).

1.4.1 Consecuencias psicosociales

- Sentimientos de minusvalía y baja autoestima ante el rechazo inicial de la familia, novio, escuela, etc.
- En ocasiones los adolescentes son obligados por los padres aún matrimonio precoz y forzado, terminando en muchos casos en divorcio.
- Abandono o deserción escolar por parte del adolescente.
- Se da el problema de la “Doble Moral”, que consiste en que si un adolescente embaraza a una adolescente este es considerado aceptable y hasta prestigioso y en el caso de la mujer ella es responsable de haberlo permitido y de no tomar precauciones. En la actualidad esto está cambiando.
- Los roles cambian y en ocasiones los abuelos hacen el rol de abuelos/padres tanto para los padres adolescentes como para los hijos, creando confusión de afectos.
- En ocasiones los jóvenes son incentivados a realizarse abortos provocando traumas emocionales y sentimientos de culpa posteriormente dependiendo de la sociedad en que se encuentren.

La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección. La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de los adolescentes y los jóvenes, la manera cómo es vivenciada y socializada por ellas y ellos puede resultar trascendental para el resto de su vida. No obstante del interés de los Estados y el compromiso asumido con marcos internacionales, todavía los/as no han recibido la suficiente atención con importantes implicaciones sociales y económicas, que incluyen procesos de socialización más precarios, efectos adversos para la salud de la madre, el hijo, dificultades para hacerse cargo de una familia, dificultades y falta de oportunidades para una formación escolar y

laboral, el rechazo o pérdida de redes sociales, la falta de apoyo, ausencia o irresponsabilidad de los hombres/padres, entre otras. Por otra parte, en caso de que decidan terminar con el embarazo, las adolescentes se enfrentan a leyes que penalizan el aborto, a intervenciones riesgosas, a falta de atención psicológica, social y al alto costo (León, 2008).

1.4.2 Consecuencias económico - culturales

Cuando no hay apoyo por parte de los padres los adolescentes tienen que salir de la escuela para mantener a su hijo. Generalmente obtienen un sueldo por debajo del promedio debido a sus escasos conocimientos ocasionando mayor dependencia hacia los padres y demás familiares. En suma las repercusiones de un embarazo en la adolescencia pueden provocar:

- Control médico prenatal deficiente.
- Embarazos de alto riesgo.
- Uniones conyugales no deseadas.
- Madres solteras o familias uniparentales.
- Abortos.
- Trastornos emocionales, depresión y angustia.
- Menores posibilidades de atender adecuadamente a su hijo.

Las consecuencias en cuanto al embarazo adolescente en la sociedad son muy controversiales, por lo que puede generar un rechazo al mismo, negación, descuido en los controles prenatales y por ende ser un embarazo de riesgo.

2 ESTIMULACIÓN INTRAUTERINA

2.1 Definición de estimulación

La estimulación en útero, es el resultado de docenas de estudios e investigaciones que se han llevado a cabo en Europa y Estados Unidos durante las tres últimas décadas. Estos estudios realizados en universidades y hospitales han dado a la luz sorprendentes resultados, lo que ha dado origen a una nueva ciencia la «Psicología pre y perinatal» (Rodríguez y Vélez, 2008, p. 31).

Esta ciencia se refiere a estrategias que se aplican a los niños desde los primeros meses de vida, y comprenden una serie de actividades que permiten el desarrollo de sus potencialidades. Las definiciones de estimulación tienen enfoques interesantes como:

«Proporcionar unos determinados estímulos que van a facilitar el desarrollo global del niño y por lo tanto a conseguir que su organismo llegue al máximo de sus potencialidades»

Concepción Sánchez Palacios, define “La Estimulación Precoz, parte en esencia del hecho científicamente demostrado, de que para que se produzca un normal desarrollo físico e intelectual es necesario estimular adecuadamente el organismo durante su período de crecimiento. Lo que en realidad se pretende es la potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada, llevada a cabo en todas las áreas sensoriales” (Jordi, 2009, p.19).

La estimulación en útero, llamada también estimulación prenatal o intrauterina, describe variadas técnicas físicas y de relajación aplicadas por agentes educativos como la misma mamá, papá o con ayuda de terceros durante la gestación, con el objetivo de favorecer el desarrollo del sistema nervioso, la comunicación, los vínculos afectivos con la madre, el padre o ambos, en el mejor caso (Bahamón, N., 2011).

Anteriormente, se pensaba que el cerebro fetal era inmaduro, incapaz de pensar o tener memoria y que no era posible ningún proceso de aprendizaje que no fuese una respuesta refleja, actualmente numerosas investigaciones relacionadas con la estimulación prenatal señalan que el bebé, antes de nacer, ya es capaz de obtener y procesar información de diversos estímulos, observándose una estrecha relación entre el desarrollo del cerebro y los órganos de los sentidos dentro del útero.

La estimulación prenatal tiene su base en el desarrollo y maduración del sistema nervioso central y en particular del cerebro, el cual está constituido por millones de células llamadas neuronas, las cuales se interrelacionan o se comunican entre sí formando lo que llamamos sinapsis (unión de una neurona con otra). La función de las sinapsis es importante ya que al recibir información del medio,

permitirá integrar cada una de las neuronas a un sistema nervioso complejo que definirá el futuro del niño.

Es importante que la estimulación prenatal se empiece a temprana edad gestacional, ya que al desarrollar adecuadamente la mayor cantidad de sinapsis neuronales, se aumentaría la capacidad de comunicaciones en la masa cerebral, llegando a ser más efectivas en su función y más perfecta en su estructura. En consecuencia, la capacidad mental y cerebral del feto habrá aumentado tanto como se halla estimulado y apoyado tempranamente la conformación y funcionamiento del sistema nervioso central.

La estimulación prenatal se basa en la repetición de sonidos que el bebé puede percibir fácilmente. Sin duda, el sonido más habitual para un bebé durante el embarazo es el latido del corazón de su madre. Se trata por tanto de reproducir un sonido similar, pero no idéntico, que el bebé pueda captar y comparar con el latido de su madre. Por otro lado y para favorecer la estimulación, el sonido debe cambiar con el tiempo, de manera que el bebé no se acostumbre a escuchar siempre lo mismo. Este ejercicio de comparación de patrones auditivos y memoria se ha visto que favorece extraordinariamente el desarrollo de conexiones sinápticas, reduciendo en consecuencia la tasa de mortalidad neuronal.

Se puede decir entonces, que la estimulación prenatal es un conjunto de actividades realizadas durante la gestación que facilitarán la comunicación y el aprendizaje del niño por nacer. De esta forma el niño será capaz de potencializar su desarrollo sensorial, físico y mental. La estimulación prenatal hace uso de técnicas auditivas, táctiles, visuales y motoras (Maldonado y Oliva, 2008)

La estimulación intrauterina o prenatal en síntesis se refiere a brindar estímulos al feto para que desarrolle habilidades y potencialice sus diversas capacidades, es una manera útil en la cual la madre y personas a su alrededor pueden interactuar con el bebé aun estando dentro del útero. Además de ser una estrategia para generar un apego apropiado de la madre hacia el niño y viceversa, crea ambientes saludables para el feto y proporciona nuevos campos dentro de la Psicología, que no han sido completamente estudiados. Como por ejemplo conocer cómo estimular las diferentes áreas del bebé y para esto es necesario saber en qué semana de embarazo están completamente desarrollados, en cuáles de ellas podemos actuar y cómo lograrlo.

2.2 Tipos de estimulación

Existen varias formas de lograr una estimulación adecuada, para cada una de ellas se reflejaran cierto tipo de actividades que se acompañarán de un contenido emocional de la madre, por lo cual es importante que se conozca el estado afectivo de la madre en relación con su embarazo.

Las emociones maternas influyen directamente en el ser intrauterino reflejándose en el aumento de su frecuencia cardiaca, considerándose como un signo de interés y atención de parte del bebé.

El desarrollo de los sentidos del bebé evidencia la capacidad para obtener información de su entorno intra y extrauterino y de permitirle, a través de su sistema nervioso y muscular, aprender y responder a variados estímulos (Terré, 2005), estos colaboran en el desarrollo de su sistema nervioso, rodeado de lo que necesita para sobrevivir: alimento, tranquilidad, afecto. Estas dos últimas sensaciones, inevitablemente son captadas por él, básicamente de dos maneras:

- La una es por medio de las hormonas que se encuentran en el organismo de la madre, como la adrenalina y las catecolaminas, las cuales un niño de sexto o séptimo mes es capaz de discriminar con relación a las actitudes y sentimientos de su madre, e incluso responder a ellos.
- La otra es el latido del corazón de su madre. Pensemos que el niño se duerme, despierta y descansa con él. El feto le adjudica un significado metafórico de manera que su constante “tan, tan” llega a presentar tranquilidad, seguridad y amor hacia él. Esta afirmación es muy fácil demostrarla, y basta con decir que luego del nacimiento al bebé, le tranquilizan las suaves palmadas rítmicas que le da quien cuida de él, o acercarse al pecho de su madre y descansar o hasta dormir sobre él (Verny, 1988, p.38).

Es así como se observa la interacción que tiene la madre y su hijo, aún estado dentro de su vientre, ésta relación preconcebida entre ambos, creará condiciones favorables o propicias para el desarrollo cognitivo, social, afectivo, motor del bebé, como resultados existen diversos beneficios, destacando como fundamental el vínculo que se construya a partir de la gestación.

2.2.1 El Tacto

Está presente desde la semana 8-10, se desarrolla especialmente en el área genital, la boca, las palmas de las manos y las plantas de los pies. El ultrasonido de tiempo real revela la cantidad de presión que se puede aplicar sobre el útero para provocar movimiento y "tocar" al bebé.³⁸ Los nervios del sentido del tacto, están formados a las 24 semanas de embarazo, y el cerebro del feto responde al tacto a las 26 semanas (Lugington & Golant, 1985, p.20).

Técnicas Táctiles:

- Se realizan a partir de la sexta a décima semana de gestación, mediante la utilización de diversos instrumentos aplicados a nivel del dorso fetal, a través del vientre materno. Su aplicación a diferentes presiones genera vibraciones que se transmiten a través del líquido amniótico y son captados por los nervios periféricos de la piel del bebé. Estos estímulos son transmitidos a la médula espinal y luego al cerebro, produciendo así cambios físicos como es el movimiento del bebé (Novelero, 1990, p.38).
- Se dan a través de caricias, roces, fricciones o presiones sobre el vientre. Se le puede “acariciar” dando suaves masajes en el vientre materno. Estas caricias pueden ser suaves toquecitos con las manos en busca de estimularlo y lograr la comunicación con él. Asimismo, se recomienda dejar que el agua tibia (sin mucha potencia) caiga sobre el abdomen cuando la madre se baña (Padilla, 2009).
- Por palpación con diferentes presiones e intensidad por edad gestacional, pasar la mano y acariciar.
- Por vibración con instrumentos eléctricos o masajeadores, caricias, masajes con movimientos circulares en el vientre si patea decirle “patear, patear bebe estas pateando” aumentando el volumen de la voz claro y entonado (1-2 veces/día).
- Se realiza el masaje en el dorso fetal, con suaves caricias de arriba hacia abajo, manteniendo la mano en quietud por algunos segundos, reposando sobre la espalda del bebé.

Tiene gran importancia las caricias que son brindadas al bebé que se encuentra dentro del vientre materno para empezar con la construcción del apego, disfrutar de la maternidad, en especial aceptar el embarazo sea o no planificado.

2.2.2 La Vista

La visión es el órgano que se desarrolla con más lentitud. Aunque el útero es un lugar oscuro, no significa que el feto no vea. A partir de la semana dieciséis es muy sensible a la luz, y él sabe cuándo su madre toma rayos de sol. La luz no molesta al niño a menos que sea muy potente y esté apuntada directamente sobre el vientre de la madre (Verny, 1988, p.36).

El nervio óptico, el cual transmite luz desde el ojo al cerebro, está formado a las 8 semanas, y el cerebro del feto responde a la luz a las 27 semanas de embarazo.

Los estudios afirman que los bebés en el útero son capaces de reaccionar ante estímulos luminosos, pueden abrir o cerrar los ojos ante la voz de una persona o moverlos en dirección a la fuente sonora o a la luz de una linterna.

El doctor Jean Le Boulch en su libro *Consideraciones sobre el crecimiento y desarrollo del feto*, sostiene que:

“Alrededor de las 20 semanas de gestación el sentido de la vista funciona, ya que se ha comprobado que frente a estímulos externos hay un cambio en el comportamiento del feto; pueden abrir, cerrar los ojos o parpadear y su respuesta al estímulo lumínico son los movimientos o la aceleración de su frecuencia cardíaca” (p.92).

Estudios en prematuros y recién nacidos a término dan a conocer que poseen atención visual, es decir, son capaces de seguir la luz en sentido horizontal y vertical demostrando que poseen recursos visuales variados como sensibilidad al contraste, visión binocular y espacial.

Técnicas Visuales:

- Se realizan en forma más efectiva a partir del cuarto mes de gestación; con la utilización de la luz artificial y natural. Los fotones de luz que llegan al feto a través de la pared abdominal de la madre estimulan la retina ocular, siguiendo la vía por el nervio óptico hasta la corteza cerebral, lo cual le permitirá al bebé en edad temprana una mejor discriminación visual, así como una mejor orientación y dirección.
- Puede percibir las variaciones de la luz a través del vientre materno. Por ejemplo, si se colocara una linterna prendida con la luz dirigida al vientre materno y se moviera suavemente por toda la superficie del abdomen, el feto lo notará y se moverá. Se puede enriquecer dicha estimulación con la auditiva y táctil. Asimismo, se puede cambiar el color de la luz colocando plásticos transparentes de color delante del foco de luz. Esto es muy estimulante y placentero para el feto.

2.2.3 El gusto y el Olfato

Según el doctor Le Boulch, “el sentido del olfato está muy ligado al sentido del gusto, por lo que indirectamente se infiere que si es capaz de diferenciar olores podría eventualmente hacerlo con los sabores”. (p.10)

El gusto está listo a las 20 semanas. El bulbo olfatorio y el nervio responsable por el sentido de oler, son formados completamente a las 17 semanas, y la actividad de oler en el área del cerebro no se presentará hasta el nacimiento.

Con respecto al gusto y el olfato, se sabe el feto puede deglutir el líquido amniótico y puede sentir los olores y sabores a través de la concentración de diferentes sustancias en el torrente sanguíneo de la madre que por medio de la placenta llegan al torrente sanguíneo del bebé hasta los capilares sanguíneos de su mucosa nasal.

El líquido amniótico se renueva más o menos una vez cada tres horas, a través de la placenta, en su mayor parte está compuesto por agua (98 o 99%), y también contiene algunas proteínas, hormonas y otros nutrientes. Se sabe que las sustancias pueden atravesar la placenta y pueden dar el sabor de última comida que la madre ha ingerido.

A veces, el líquido amniótico puede coger el sabor de un alimento o de la bebida que la mamá haya consumido. Con el paso de los días el bebé se acostumbrará a ciertos sabores y tendrá preferencias por unos más que otros. Estas preferencias continuarán tras el nacimiento y es posible que hasta sea capaz de reconocer alguno de sus sabores preferidos tomando la leche del pecho materno.

A los seis meses de embarazo tendrá el sentido del gusto desarrollado y sabrá diferenciar el sabor dulce, amargo o agrio (Corminas, 2005, pp. 28-30).

En cuanto a una técnica para estimular los sentidos del gusto y el olfato irán más enfocados en la dieta y la vida saludable que tenga la madre, como se mencionó con anterioridad repercutirá directamente los sabores y olores que perciba la madre para que éstos sean interpretados por el bebé como placenteros o desagradables. Por lo cual es imprescindible contar con ambientes sanos para la madre tanto en el aspecto físico como en lo emocional.

2.2.4 La Audición

La audición es el mecanismo más conocido para la interacción de la madre gestante con su bebé, por lo cual es preciso reforzar los conocimientos empíricos con técnicas que realcen la estimulación prenatal, destacando los beneficios que se obtendrá y el proceso para realizarlo.

El oído es el primer órgano que se desarrolla, alrededor del cuarto mes y medio, y por eso, a través de este sentido se debe establecer el primer contacto del bebé con el medio exterior (Manrique,

1999). El nervio del oído del feto está completo al comienzo de la semana 28, el canal del oído se abre a las 36 semanas y el cerebro del feto responde al sonido a las 35 semanas.

Un feto de cuatro a cinco meses responde claramente al sonido y a la melodía y lo hace de maneras muy distintas. Si ponemos un disco con un tema de Vivaldi, hasta el bebé más agitado se relaja, y si ponemos uno con un tema de Beethoven, hasta el bebé más sereno comienza a patallar y moverse (Verny, 1988, p.17).

(Werner, 1993, pp.110). Desde el punto de vista auditivo, los bebés son también muy habilidosos. Pueden extraer informaciones sonoras y organizarlas de un modo similar al del adulto. Escuchan la voz de su madre, de su padre y los ruidos intra y extrauterinos desde antes del nacimiento, desde el sexto mes de gestación (Granier, 1994, p. 193).

Durante la vida fetal, Marie-Claire Busnel (1993) demostró que a través de experiencias rigurosas que el bebé es sensible a la palabra, a la voz y al afecto que el lenguaje vehiculiza. M. Masakowski, en su tesis de medicina en la Universidad de Nueva York en 1996, demostró que los niños eran sensibles a los afectos. A los dos días de vida, se registran sus reacciones y se constata que varía si la madre les habla de modo triste, alegre o enojado. (p.41)

La estimulación auditiva es la más conocida, ya sea por cultura o costumbre, en determinado periodo de gestación la madre conversa con su hijo, o las personas significativas que estén a su alrededor, por ejemplo el padre o hermanos que tenga. Pero éste evento no ocurre en todos los embarazos, sino en aquellos que la madre gestante se encuentre en proceso de aceptación o completamente a gusto con su maternidad.

Técnicas Auditivas:

La audición se puede estimular, y así será posible tener bebés que desarrollen antes de lo esperado la capacidad mental de relacionar y asociar (Federico, 2005, p. 35). El sonido opera como un neurotransmisor interactivo actuando directamente sobre el sistema neurovegetativo celular e hipofisiario del feto, dejando impreso un registro a modo de huella. Por ejemplo las sensaciones producidas por la música van a quedar grabadas en el futuro bebé, que lo remitirá una vez nacido a ese estado placentero que vivió durante su gestación (Methelin, 2001, pp.39-41).

Dafnis Zambrano, especialista en Estimulación Prenatal, explica algunas sencillas actividades para estimular al bebé mientras está en el útero:

- Lo primero que deben saber los padres es que la estimulación auditiva es una de las más importantes. Para partir con este tipo de estimulación, la madre debe tomar conciencia de la presencia de su hijo en su vientre como una persona a la que le puede contar todo lo que realiza. Por ejemplo al despertar: Buenos días hijo, ahora me voy a bañar ¿me acompañas? Una vez que está dentro de la ducha, le comentará que el agua está caliente, le hablará durante todo el baño. Debe repetir esta actitud durante todo el día y narrarle sus actividades cotidianas. Si se conoce el sexo del bebé, lo mejor es comenzar a llamarlo por su nombre o por algún apelativo cariñoso, así se sentirá amado desde el comienzo.
- En esta etapa, el padre se debe preocupar por realizar las mismas actividades que la madre para estimular al bebé, para fortalecer el lazo afectivo con su hijo.
- Una buena forma de estimular al bebé es cantar canciones de cuna y leer cuentos, así, se acostumbrará al timbre de voz y se calmará con mayor facilidad en aquellos momentos de llanto inexplicable. Los cuentos para leerle pueden ser cuentos clásicos hasta aquellos libros que estimulan la creatividad y la inteligencia temprana. La lectura del cuento escogido o canción, debe ser una rutina, repitiéndose a diario, a una hora determinada durante el embarazo.
- La especialista también aconseja bailar y escuchar música. Las mejores melodías son aquellas delicadas como las de naturaleza y clásica, porque son suaves y relajantes. Pero si este tipo de música no resulta agradable a la mamá, puede elegir la que resulte de su gusto, pero con volumen moderado.
- Además, una buena opción para estimular el sentido auditivo es jugar con el bebé produciendo ruidos suaves con sonajas u otros juguetes cerca del vientre.
- La mujer embarazada, al estar más sensibilizada, tiene la necesidad de nutrirse emocionalmente para su desarrollo y el de su bebé, y la música cuenta con todos los condimentos para ello. Si la música que la mamá escucha la causa placer, si la tranquiliza y ella lo disfruta, su bebé va a recibir esa sensación agradable que le es transmitida, sin importar cuál sea el tipo de música, ya sea esta música clásica, música del tipo rock o cualquier otra.

Los bebés por nacer no sólo están influidos por los estados de tensión y de relajación que les transmiten sus madres, sino que también tienen reacciones ante los diferentes tipos de estímulos

sonoros. Si hay un ruido violento, se sobresaltan al igual que un adulto y esto les provoca diferentes sensaciones (Methelin, 2001, pp.29-35).

El oído es el sentido más estimulado, también es aquel que acompaña a las otras técnicas en los distintos sentidos del bebé, por lo cual se intenta realizar una estimulación integral o más conocida como “multisensorial” que se encargue de realzar las capacidades del feto, a través de todos los sentidos trabajando en conjunto, simultáneamente.

De esta manera se observa la importancia de la comunicación de la madre gestante con su hijo, cuan significativa es y como proporciona herramientas para el apropiado desarrollo tanto físico como emocional en el bebé por nacer.

2.2.5 Movimiento:

El vestíbulo del oído, es el órgano que percibe el movimiento, está formado en la semana 17, y el nervio responsable de transmitir el sentido del movimiento, está formado a las 24 semanas. Esta es la función que más pronto se inicia.

Los movimientos de la madre son percibidos por el niño y también son estimuladores del vestíbulo. El baile es una mezcla de percepción auditiva elaborada en movimiento y es una actividad placentera de desplazamiento.

La piscina es una alternativa de ejercicio durante el embarazo. No solamente mantendrá saludable a la madre, sino que es uno de los ejercicios más relajantes (Valencia, 1999, p.29).

Esta estimulación se realiza a través de las diferentes posiciones que toma la madre durante el embarazo en su vida normal o mediante ejercicios físicos (es importante que éstos siempre estén apoyados por una respiración adecuada).

El feto, dentro del útero, se informa de su posición, receptando si la madre se encuentra de pie o en una postura que afecte su equilibrio intrauterino, logrando así desarrollar su centro de equilibrio y poniéndolo en alerta.

En cuanto a técnicas motoras están enfocadas en actividades diarias que realice la madre como caminar, desplazarse, posturas corporales a la hora de dormir, entre otras. La actividad física con mayor frecuencia que se recomienda es la natación o la “estimulación acuática”, por los múltiples beneficios que causa en la mujer embarazada y por correspondiente a su bebé, creando lugares de

relajación y que contribuyen al fortalecimiento de los músculos, que son necesarios para el momento del parto.

2.3 Importancia de la estimulación intrauterina

La estimulación prenatal durante el 3° trimestre de embarazo ayuda al bebé a comunicarse con su familia, enfocar su atención e identificar y discriminar voces y sonidos provenientes tanto del vientre materno como del exterior. Esto lo ayudará a afianzar cada vez más el vínculo afectivo con sus padres, sus hermanos, si los hay, y en general con el grupo familiar antes de nacer.

Lo más importante es que con las técnicas de estimulación prenatal se enseña a los padres como proveer un ambiente seguro y amoroso que motive a los niños a aprender desde antes del nacimiento.

Estudios realizados por investigadores como Thomas R. Verny y René Van de Carr, han revelado que los bebés estimulados muestran al nacer mayor desarrollo en el área visual, auditiva, lingüística y motora; en general duermen mejor, están más alertas, seguros de sí mismos y afables, en relación a aquellos que no han sido estimulados. También muestran mayor capacidad de aprendizaje por el hecho mismo de estar en alerta y se calman fácilmente al oír las voces y la música que escuchaban mientras están en el vientre materno.

Los estudios demostraron que las madres que estimularon a sus bebés se mostraron más seguras y activas durante el nacimiento y experimentaron mayor éxito durante el amamantamiento.

Los bebés estimulados y sus familias mostraron lazos más intensos y una mayor cohesión familiar. La estimulación prenatal provee una base duradera para la comunicación amorosa y las relaciones padres-hijos (Quiroz, R., 2000).

Está centrada en actividades oportunas que enriquecen al niño en su desarrollo físico y mental. “Es un proceso que usa varios estímulos, como los sonidos, en especial la voz de la madre, la música, la presión y la luz para comunicarse con el bebé que está aún en el útero. El niño aprende a reconocer y responder a diferentes estímulos, optimizando su desarrollo físico y mental” explica Dafnis Zambrano, especialista en Estimulación Prenatal del Centro de Salud Integral UMuVA.

Para realizar la estimulación durante el embarazo, la madre debe encontrarse en una sensación de bienestar, así se liberan endorfinas y encefalinas, que producen un estado agradable y placentero; éstas llegan al bebé a través de la placenta, produciéndole la misma sensación de satisfacción y tranquilidad que a la madre.

Cuando tenemos a un bebé que fue estimulado prenatalmente, promovemos que su mente sea flexible a la nueva información que está recibiendo del mundo, que sea curioso, mejora su agudeza para percibir las cosas, los sonidos, también mejoramos su concentración. Y todo esto nos ayuda a que tenga más herramientas para enfrentarse a la vida.

2.4 Beneficios de la estimulación intrauterina

En un estudio realizado por la Dra. Beatriz Manrique (1980) sobre estimulación pre y post natal concluye: “Los bebés estimulados en el vientre, muestran una mayor capacidad de seguimiento visual, mejor control cefálico, movimiento y tono muscular”.

Los niños nacen con 10 billones de neuronas o células nerviosas desconectadas. Las conexiones sinápticas (enlaces químico-eléctricos entre neuronas para tener un mejor funcionamiento cerebral) que se desarrollan en el cerebro del bebé determinan su estructura, y se ha comprobado que la estimulación prenatal favorece el incremento de estas conexiones, que de no establecerse desaparecerían las neuronas no estimuladas.

Mientras mayor sea la cantidad de conexiones, mayor será el N° de neuronas interconectadas y esto es lo que determina la inteligencia y los parámetros sociales y emocionales. La estimulación prenatal es un proceso que promueve el aprendizaje en los bebés aún en el útero, potenciando su desarrollo mental y sensorial. Estímulos como el sonido de la voz de la madre, la música, golpecitos en el vientre, así como las vibraciones y la luz son placenteros para el bebé.

El bebé puede aprender a relacionar estos estímulos a sus significados cuando se le presentan en forma organizada. Estos estímulos tienen un significado relacionado al presentarlo en un contexto coherente y repetitivo.

Es conocido que cuando las experiencias ocurren en un patrón determinado y consistente pueden ser mejor organizadas en el cerebro del bebé y ser usadas, luego, en circunstancias similares mediante asociación.

Ventajas de un bebé estimulado

- Tendrá mayor desarrollo en el área visual, auditiva, lingüística y motora.
- Nacen más relajados, con las manos y ojos abiertos.
- Duermen y se alimentan mejor.
- Son capaces de concentrar su atención por más tiempo y aprender más rápidamente.
- Presentan mayor habilidad para el lenguaje, la música y la creatividad.
- Son más curiosos y activos.

- Captan y procesan la información más rápidamente.
- Aprenderá a reconocer sonidos, la voz de sus padres, prestará más atención y desarrollará su memoria.
- Favorecerá el desarrollo de los vínculos afectivos.

Según Edwin Villacorta Vigo, médico pediatra del prestigioso Colegio Médico del Perú, afirma que la estimulación prenatal aporta muchas ventajas al bebe, entre las que destaca:

- Mejora la interacción de los padres con el bebe en formación.
- Optimiza el desarrollo de los sentidos base para su aprendizaje.
- Asegura la salud física y mental del niño por nacer.
- Desarrolla el vínculo afectivo niño-padres-familia.
- Desarrolla la comunicación, lenguaje, vocabulario, coordinación visomotora, memoria, razonamiento e inteligencia social, funciones básicas para iniciar y continuar con éxito la educación formal.

Según Liliana López, quien se rige con las pautas de la Organización Mundial de Asociaciones de Educación Prenatal (OMAEP), cada uno de los estudios comprueba que el bebé por pequeño y frágil que parezca, siente y se da cuenta de todo lo que ocurre a su alrededor: percibe los estados anímicos de la madre, oye cuando le hablan y aunque sea en forma rudimentaria comienza a reconocer las voces y sonidos más familiares. Por este motivo, resulta fundamental comenzar a “educar” al futuro hijo desde el embarazo.

Para finalizar con estimulación intrauterina o prenatal, es importante recalcar el contenido emocional que la madre le pueda proporcionar a su hijo, para su bienestar, en las diversas circunstancias en que se desenvuelva y desarrolle su embarazo. Por lo cual la frase presentada a continuación describe lo que en síntesis significa estimular al bebé desde el vientre:

“El amor que la madre vierte en su hijo, las ideas que tiene de él, la riqueza de comunicación que mantiene con él, tienen una influencia determinante sobre el niño y su futura vida”. (TOMAS VERNY)

3 REACCIONES EMOCIONALES

3.1 Definición de emociones y sentimientos

Para entender plenamente los distintos aspectos de la emoción es necesario conocer algo de sus relaciones mutuas y de los estímulos que los producen. La verdadera significación de muchas características del nacimiento de la emoción depende del papel que desempeñan en el proceso conjunto del cuadro emocional. Sperling (2004) define al cuadro emocional, hace referencia a una desviación de lo normal. El estado normal es en consecuencia, una condición de “calma” o “un estado de equilibrio físico y social”. (p.131)

La realidad objetiva es el origen de las emociones y los sentimientos. El sujeto tiene una actitud emocional ante los objetos y fenómenos del mundo real y lo siente de distinta manera según las relaciones objetivas particulares en que se encuentra con ello. Las emociones y los sentimientos son una de las formas en que el mundo real se refleja en el hombre.

La aparición de vivencias positivas y negativas depende de que se satisfagan o no las necesidades y las exigencias que presenta la sociedad. Esta división no depende del valor que estas vivencias tengan para el hombre, sino que caracteriza únicamente, la relación que hay entre la causa que las producen, las necesidades del hombre y las exigencias sociales (Enrique, 1999, p. 124).

Las vivencias emocionales humanas se diferencian en dos grupos fundamentales: las emociones y los sentimientos.

3.1.2 Las Emociones:

Las emociones son impulsos que comportan reacciones automáticas y constituyen un conjunto innato de sistemas de adaptación al medio (Segura y Arcas, 2007, p. 15). Tienen un carácter claramente funcional, nos preparan para responder ante un peligro, a luchar contra un enemigo y a actuar para alcanzar una meta. Finalmente cumplen funciones expresivas o sociales, al comunicar a los demás, por medio de expresiones faciales, posturas corporales y reglas sociales, cómo nos sentimos en un momento determinado.

La emoción es así un estado caracterizado por experiencias subjetivas (de agrado o desagrado), activación fisiológica (corazón, músculos y respiración), que tiene la función de prepararnos para

responder a las demandas del ambiente (huida o acercamiento) y que permite comunicar nuestros estados internos a los demás (expresión facial y corporal).

Para Palmero y Cols. (2002) encontró lo siguiente:

Las emociones son procesos episódicos que, evocados por la presencia de algún estímulo o situación interna o externa, que ha sido evaluada y valorada como potencialmente capaz de producir un desequilibrio en el organismo, dan lugar a una serie de cambios o respuestas subjetivas, cognitivas, fisiológicas y motor expresivas; cambios que están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio, esto es: con la adaptación de un organismo a las condiciones específicas del medio ambiente en su continuo cambio. (p.19)

Etimológicamente, emociones al igual que motivación se derivan del vocablo latino “*e-movere*” que significa movimiento; por otro lado estas dos palabras en psicología siempre van de la mano como elementos clave que determinan a cada persona (Cosacov, 2010, p. 340). No se hace referencia únicamente al movimiento físico externo que se puede observar a simple vista, sino que abarca todo tipo de movimiento por más imperceptible que este sea.

Las emociones contienen una serie de datos sobre el sujeto y el mundo que lo rodea, estas no son aleatorias, ni comprenden sucesos caóticos que interfieren en el pensamiento. Se deben a algún factor que resulta importante y ayuda a motivar o guiar al individuo hacia el éxito, es decir, que se pueden considerar como señales que ante diferentes situaciones provean de los argumentos básicos para actuar de una u otra forma y constituyen el movimiento que requiere cada acción determinada (Plutchik,1994).

Cuando alguien se encuentra enfadado, envía ciertas señales a los demás para que lo dejen solo o para que le presten atención por algo particular; en el otro extremo, una sonrisa indica que la persona se presenta E-movere, lo que tiene movimiento, virtud y fuerza de mover. Abierta y/o receptiva, por lo que se dispone de accesibilidad para tratar un tema (De Valbuena, 1998, p.461).

3.2.2 Sentimientos:

Los sentimientos son bloques de información integrada, síntesis de datos de experiencias anteriores, de deseos y proyectos, del propio sistema de valores y de la realidad.

Los sentimientos son disposiciones a responder afectivamente ante ciertos eventos específicos, es decir, es la disposición a hacer atribuciones afectivas y la tendencia a responder afectivamente ante distintos eventos u objetos. Así cuando decimos “amar a alguien” estamos en presencia más bien de

un sentimiento pues supone una disposición a responder afectivamente a un objeto y tal disposición no es momentánea sino que permanece durante algún tiempo. (Frijda, 1994).

3.2 Clasificación de las emociones básicas según Ekman

Darwin en 1872, publicó “*la expresión de emociones en el hombre y los animales*” donde plantea que existe una continuidad entre especies en lo que se refiere a la expresión de las emociones. Para Darwin las emociones no eran sensaciones internas poco accesibles sino que las conceptualizó en términos de expresiones faciales y posturas corporales concretas y estereotipadas y afirmó que, como en otras conductas humanas, la expresión de la emoción es el producto de la evolución. (Darwin 1872/1984).

La presunción de que las emociones evolucionaron en virtud de su valor adaptativo, esto es, porque sirvieron a los organismos para enfrentarse con tareas vitales que los ayudaron a sobrevivir, constituye el argumento para considerar que existen emociones básicas o primarias. Para Ekman (1994) el término básicas tiene, justamente, el propósito de enfatizar el papel de la evolución en la determinación de las emociones. En 1972 este autor, junto a sus colaboradores, identificaron seis emociones primarias o básicas: temor, sorpresa, enojo, repugnancia, felicidad y tristeza.

Como se indicó antes, hay evidencia a favor de la existencia de unas pocas emociones básicas dado que:

1. Se han encontrado elementos comunes en los contextos en que ocurren las emociones, a pesar de distinciones individuales y culturales.
2. Se ha confirmado que existen expresiones emocionales entre el hombre y otros primates, aun cuando, hay emociones que parecen exclusivas de los sujetos humanos.
3. Algunas emociones surgen rápidamente, sin que se esté consciente de ellas: movilizan los recursos adaptativos con rapidez. (Ekman y Davidson, 1984).

3.3 El embarazo adolescente y sus reacciones emocionales

El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la niña que está embarazada y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Generalmente, las adolescentes se privan de asistencia médica durante su embarazo por ignorancia o vergüenza, lo que resulta un riesgo por las complicaciones que puedan generarse. Estas adolescentes necesitan comprensión, atención médica e instrucción,

especialmente acerca de nutrición, infecciones, abuso de sustancias tóxicas como el tabaco y el alcohol.

No todas las adolescentes embarazadas tienen las mismas reacciones emocionales, algunas rechazan al bebé o lo pueden querer de manera confusa e idealizada. La adolescente puede ver la creación de otra vida como un logro extraordinario, pero sin darse cuenta de las responsabilidades que esto conlleva. Quizá quieran al bebé por tener alguien a quien amar. A menudo las adolescentes no pueden anticipar que su hijo(a) puede hacer demandas constantes y ser muy irritante. Algunas adolescentes se sienten abrumadas por la culpabilidad, la ansiedad y el miedo al futuro. La depresión es muy común entre las adolescentes embarazadas(Andrade, 2009).

Parte del proceso evolutivo de las adolescentes es construir su autonomía para tomar decisiones y adquirir su independencia económica. Con el embarazo, la adolescente debe depender muchas veces de su familia de origen por las necesidades del/a niño/a, hasta de su pareja que generalmente es también adolescente y no tiene todavía una independencia económica provocando crisis económica familiar.

El asumir roles de adulto cuando no es tiempo, implica en la mayoría de los casos pérdidas afectivas graves. Es difícil para una adolescente asumir el rol de madre, le duele dejar de ser joven y aceptar en ocasiones dejar de estudiar, las diversiones, la confianza de sus padres y empieza a sentirse triste, depresiva y sola, lo que desemboca en cuadros depresivos agudos o crónicos, con pérdida de autoestima, sentimientos de culpabilidad, anorexia, negación.

Dentro de mi práctica pre profesional en el HGOIA estuve en contacto de cientos de adolescentes gestantes, que acudía a su primer control prenatal en el segundo y tercer trimestre de embarazo, en ocasiones escasas acudían dentro de los primeros meses de gestación, lo cual es un factor de riesgo afectivo para las futuras madres, ya que por diversas situaciones mantienen su embarazo oculto, lo que les dificulta asumir su maternidad con todas las obligaciones, cuidados, importancia, responsabilidades, entre otras. Además existen ciertos patrones familiares que se repiten dentro del núcleo familiar de los adolescentes que asisten, como son antecedentes de violencia, disfunciones familiares y fundamentalmente madres adolescentes dentro del hogar.

En un estudio realizado en el Hospital “Isidro Ayora” a 237 adolescentes gestantes, el 69% de las madres de las pacientes fueron también madres adolescentes. Diferentes estudios han afirmado la “transmisión” de un estilo de vida a las generaciones siguientes, aprendido e imitado sin cuestionamientos de la real dimensión del problema (Molina, Sandoval y Luengo, 2004).

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.

- Sentimientos de minusvalía y baja autoestima ante el rechazo inicial de la familia, novio, escuela, etc.
- El riesgo psico-social para el bebé es elevado porque muchas veces no es deseado y sufre rechazo social y familiar, afectando su desarrollo y adaptación.
- En ocasiones los adolescentes son obligados por los padres a un matrimonio precoz y forzado, terminando en muchos casos en divorcio.
- Se da el problema de la “Doble Moral”, que consiste en que si un adolescente embarazada a una adolescente este es considerado aceptable y hasta prestigioso y en el caso de la mujer ella es responsable de haberlo permitido y de no tomar precauciones.
- En la actualidad esto está cambiando sobre todo porque se considera que hay igualdad de género; los roles cambian, y en ocasiones los abuelos hacen el rol de abuelos/padres tanto para los padres adolescentes como para sus hijos, creando confusión de afectos por parte de los hijos.
- En ocasiones las jóvenes son incentivadas a realizarse abortos, provocando traumas emocionales y sentimientos de culpa posteriormente dependiendo de la sociedad en que se encuentren.

4 VÍNCULO

4.1 Definición de Vínculo Afectivo

Los vínculos afectivos son aquellos "lazos sentimentales" que se establecen con una persona, animal o cosa, los mismos se manifiestan por medio de abrazos, hablando o halagando a la persona querida. Estos se manifiestan en la familia o en relaciones sentimentales.

John Bowlby fue pionero en desarrollar el concepto de vínculo afectivo. Sus investigaciones fueron esenciales para el estudio del desarrollo humano y aportaron conocimiento sobre las posibles consecuencias de los problemas vinculares de las personas en el desarrollo de las enfermedades mentales, no sólo en la infancia, sino también en la adolescencia y en la vida adulta.

La salud mental de niño depende del grado de privación vivido por él, ya que esta carencia puede ser compensada por algún sustituto materno con capacidad de establecer una relación afectiva (Bowlby y Ainsworth, 1981).

Los conceptos teóricos elaborados por Bowlby parten de diversas áreas del conocimiento humano, como el psicoanálisis, la etología, la psicología evolutiva y cognitiva, la biología y la teoría sistémica. A partir de los conocimientos desarrollados en estos campos, el autor define dos factores que pueden interferir en el patrón vincular formado por una persona: las condiciones físicas y temperamentales del niño y las condiciones relacionadas con su ambiente (Feeney y Noller, 2001). En este sentido, la teoría del apego, a pesar de estar fuertemente influida por la teoría psicoanalítica, se mantiene epistemológicamente distanciada de ésta, ya que ve los vínculos sociales como algo biológicamente primario. Estas diferencias son observadas no sólo en el ámbito clínico, sino también en su método de investigación, de corte claramente empírico (Fonagy, 2004).

De acuerdo con Bowlby (1998a) el proceso de vinculación ocurre a través de una relación en la que el cuidador proporciona satisfacción a las necesidades del bebé, a través de atención, confort, cariño y protección. El proceso de vincularse afectivamente a las personas más cercanas es una tendencia innata que se consolida a través de la interacción entre el cuidador y el bebé (Calesso, 2008).

4.2 Tipos de Vínculos

Para iniciar la clasificación, es fundamental aclarar y diferenciar el apego del vínculo afectivo para una mejor comprensión.

Ésta es una lista de diferencias clave entre apego y vínculo materno (o paterno, o del cuidador) con el bebé:

Apego

- Normalmente ocurre en las primeras semanas después del nacimiento del bebé
- Se refiere a la relación que el niño construye con sus padres o su cuidador primario
- Describe la relación desde el punto de vista del niño

Vínculo afectivo

- Normalmente se desarrolla durante los dos primeros años de vida
- Se refiere a los sentimientos de un padre o cuidador con el niño
- Describe la relación desde el punto de vista del padre o cuidador.

Vínculo Seguro

El apego y vínculo, positivo y seguro es el equivalente a la interacción cálida, confiable y segura que se da entre el niño y su cuidador (Garrido-Rojas, 2006). Este tipo de apego se relaciona directamente con menores índices de ansiedad frente a situaciones nuevas (Kobak & Sceery, 1988 en Garrido-Rojas, 2006). Si bien la normalidad es un concepto subjetivo, puede ser entendida con relación al niño como «aquel que presenta un balance entre su desarrollo cognoscitivo, afectivo y psicomotor» (Morán, 2004, p.16). Este balance viene dado por la interacción de varios factores como los genéticos, emocionales y ambientales, de modo que todos estos factores interactúan para el logro eficaz de un apego seguro.

Un niño con apego seguro será capaz de usar a su madre o cuidador como base generadora de seguridad frente a situaciones angustiantes, ya que dada la sensibilidad mostrada frente a sus necesidades se genera un ambiente de confianza y disponibilidad donde el niño obtendrá respuesta y ayuda cuando se encuentre frente a situaciones estresantes (Hernández, 2009).

Vínculo Inseguro

Un niño con apego evitativo, por su parte, se mostrará desinteresado y alejado de sus figuras de cuidado frente a situaciones angustiantes ya que al parecer existe poca confianza en que recibirá ayuda o atención por parte de la madre frente a una situación de estrés, estos niños según Hernández (2009), muestran inseguridad frente al otro, temor a la intimidad y una necesidad de mantener distancia de los demás. Puede ser entendido como una deficiencia en la interacción cálida, confiable y segura (Garrido-Rojas, 2006).

La «situación extraña»

Dentro del análisis sobre el apego negativo se encontraron referencias a los estudios de Ainsworth y sus colaboradores quienes en 1978, a partir de un instrumento llamado «Situación Extraña» que consistía en una experimentación donde se ponía a la madre con su hijo en una habitación, se observaba las conductas exploratorias del pequeño y luego se permitía el ingreso de una tercera persona extraña para finalmente dejar al niño en compañía de esta persona con la salida de escena de la madre. En estos estudios se determinó una clasificación del tipo de apego donde se habla del apego positivo como apego seguro y en el apego negativo se evidencian dos subcategorías: el apego inseguro evitativo y el apego inseguro ambivalente (Ahnert, Gunnar, Lamb & Barthel, 2004).

Apego ansioso ambivalente.

Los niños que han estructurado un estilo de apego ansioso ambivalente mostrarán, como su nombre lo indica, reacciones de ambivalencia frente a la separación, por un lado una gran angustia y por otro, manifestaciones que combinan reacciones de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia (Hernández, 2009).

Este estilo de apego muestra elementos de inseguridad, gran angustia frente a la separación y ansiedad, dado por la inconsistencia en las habilidades emocionales de las figuras de apego (Bowlby, 1998). La respuesta a esta inconsistencia es la búsqueda por parte del niño de la proximidad al mismo tiempo que existe muestras de resistencia a ser tranquilizados (Gayó, 1999). Se manifiesta un conflicto entre la conducta afectiva y la de alejamiento ya que la figura de apego es también una figura que representa temor, los niños pequeños no suelen alejarse de la figura hostil sino aferrarse de manera ambivalente a ella (Bowlby, 1998; Gayó, 1999). Por ejemplo, cuando un niño con este estilo de apego es separado de su madre mostrará una conducta agresiva, con gritos y mucha angustia mientras que se abraza de la figura nueva que representa una amenaza para él. Un niño con apego seguro podrá tener estas conductas agresivas o angustiantes frente a situaciones que representen peligro real, la separación de su madre por parte de un extraño será motivo para que busque regresar a los brazos de su progenitora y no como en el caso del apego ansioso ambivalente que busque aferrarse a la figura que representa peligro.

Apego ansioso evitativo

El apego ansioso evitativo consiste en una evitación del apego con muestras de ansiedad. Se produce frecuentemente cuando la figura de apego es amenazadora y muestra conductas de maltrato y abandono que pueden expresarse como supresión de cuidados, falta de alimentación y

respuestas agresivas frente a los requerimientos del niño (Bowlby, 1998). Al relacionarse con otras personas, estos niños podrán mostrar una conducta evasiva y temerosa con despliegues mínimos de afecto y angustia frente al cuidador. Un niño con apego ansioso evitativo tiene más propensión al enojo y otras emociones negativas (Bowlby, 1998; Gayó, 1999). La conducta de evitación o retracción y la de apego constituyen ambos aspectos relacionados con la función de protección (Bowlby, 1998). El apego ansioso evitativo sostiene las características de personas con escaso acceso a recuerdos positivos y mayor posibilidad de entrar en esquemas negativos en cuanto a su relación con los otros. Sus estructuras cognitivas son más bien rígidas, con pobres despliegues afectivos y cierta propensión al enojo (Gayó, 1999).

3.3 Vínculo materno

La madre es la figura representativa en la vida del nuevo bebé, por lo cual es fundamental, que se genere un vínculo y apego seguro entre ambos, existen grandes investigaciones del desarrollo cognitivo y afectivo de forma intrauterina, por lo que es preciso que inicie la formación del vínculo desde la vida prenatal.

El Dr. Thomas Verny es un famoso psiquiatra fundador de la Asociación Norteamericana de Psicología Prenatal y Perinatal y autor del “La vida secreta del niño antes de nacer” y “El vínculo afectivo con el niño que va a nacer” que escribió junto a la Pamela Weintraub, especialista en consciencia y crecimiento personal. Y “El futuro bebé, arte y ciencia de ser padres” citan que:

“La vida prenatal y la experiencia del nacimiento son profundamente determinantes de la personalidad y aptitudes de todo ser humano, y citan cómo innumerables músicos estuvieron expuestos a la influencia de la música durante su gestación, y que en muchas ocasiones características como la confianza en uno mismo, la tendencia a la depresión y los comportamientos adictivos están ligados a experiencias durante la vida intrauterina” (Martinett, 2013).

Los precursores de un niño seguro y confiado pueden encontrarse, de manera genérica, en la sincronía emocional y afectiva entre sus demandas y las respuestas de la madre. Esta sincronía afectiva tiene su origen en la sensibilidad materna (Ainsworth, 1978). Tiene un eje fundamental sobre el que se basa la naturaleza de la vinculación afectiva, dicha sensibilidad puede verse afectada por múltiples factores.

Pero la vinculación afectiva tiene como alter ego el concepto de separación y pérdida. En muchos casos, el proceso de vinculación afectiva de apego entre el niño y un cuidador principal o no puede realizarse o bien se ve interrumpido por la separación o la pérdida de la figura de apego. En

algunos casos, los niños tienen, de nuevo, la oportunidad de volver a re-construir esta vinculación afectiva dentro de otro contexto familiar (García, 2011).

Si estos factores no son los esperados por la madre, se va a dar a nivel emocional un choque que dificulte la construcción de un vínculo ideal que sostenga la relación de apego entre la madre y el niño (Matas, et al., 2006). Del lado del niño, si no obtiene una respuesta adecuada a sus demandas básicas por parte de la madre, éste dejará de mostrar su malestar o sus necesidades para caer en un estado de apatía generalizado, el cual constituye un riesgo serio para su supervivencia, esto es a lo que Spitz (1996) se refería cuando hablaba de aquellos niños que pasaban largos períodos hospitalizados sin contacto con la madre y sin recibir atención ni caricias por parte de ella.

Los factores ambientales son aquellos que van a interferir de manera externa al sostenimiento de la relación afectiva de apego entre la madre y su hijo, elementos como la necesidad de acceder a actividades laborales casi inmediatamente después del nacimiento por parte de la madre, la relación que esta tenga con su pareja o la necesidad de afrontar al cuidado de un niño sin un apoyo afectivo consistente, determinarán dificultades en la construcción del apego (Aulagnier, 1997).

4.4 Vínculo Paterno

La naturaleza de las representaciones que los padres construyen sobre su hijo y sobre sí mismos como padres se refleja en la calidad de la relación con su hijo desde incluso antes del nacimiento. A su vez, la experiencia temprana del niño con sus cuidadores condiciona la construcción de su «mundo representacional» (Stern, 1989), que le servirá de guía en su comportamiento, su percepción y su interpretación de su relación con sus padres. «Mundo representacional» y contexto social son mutuamente influyentes pues intervienen variables como los aspectos culturales, los factores demográficos, la coyuntura social, la aparición de nuevas tecnologías reproductivas.

En el trabajo sobre representaciones parentales (Missio, 2004) la estabilidad emocional (llorón, tranquilo, nervioso) parece el rasgo más destacado de la preocupación de ambos padres. Los padres de varones tienden a anticipar mayor inestabilidad en su hijo que los padres de niñas. En su percepción sobre cómo van a desarrollar su papel de padres observaron una interesante complementariedad en las dimensiones de «Educación y manejo de las tensiones», donde ambos padres anticipan equilibrar al otro en el desempeño de su tarea parental (permisivo/ no muy permisivo, nervioso/ sereno).

Papel del padre

Para el padre, igual que para la madre, el nacimiento de un hijo requiere la reorganización de su identidad. Se situaba su entrada real en la escena a partir de los tres años (en la etapa verbal) de su hijo. Actualmente, la implicación de los padres es fomentada en todos los momentos por los mismos profesionales (seguimiento del embarazo, presencia en las ecografías y en el parto) en vista a facilitar el proceso de paternalización.

En la sociedad occidental se habla mucho (Pierrehumbert, 1995, 2003) de la aparición de un nuevo padre. En Francia este fenómeno es reconocido desde hace tres décadas aunque existan muchas diferencias entre las diferentes culturas y clases sociales. Esta «nueva generación» de padres establecería muy precozmente con su hijo después de nacer, unas interacciones comportamentales de juego y de cuidados que favorecen la construcción de vínculos afectivos que hacen de él una figura de apego complementaria. El padre tiene un papel de tercero que lo sitúa en una posición de educador y «separador», pues su intervención ayuda a romper la armonización homeostática entre la madre y su hijo, lo que permite el crecimiento del sistema.

No se dispone en la actualidad de estudios relacionados con el proceso de parentificación y de la forma en que se equilibran los papeles parentales en las diferentes unidades familiares complejas de hoy en día (Panella y Aimé, 2010).

MARCO METODOLÓGICO

HIPÓTESIS

- La estimulación intrauterina auditiva genera una mejor estructuración del vínculo materno.
- La estimulación intrauterina produce emociones placenteras en la madre gestante.

Definición Conceptual:

Estimulación intrauterina auditiva: La audición es uno de los sentidos que conecta al bebé con el mundo exterior y a su vez es uno de los que más se pueden estimular, ya que a partir de las 24 semanas de gestación, empieza a captar y responder al embrión de 28 días los sonidos externos e internos. Los bebés que responden los sonidos con movimientos o aumento en su frecuencia cardíaca, son bebés con buena vitalidad. (Dr. Sixto Chiliquinga).

Vínculo Materno: “El niño que recibe desde el momento del nacimiento una atención afectiva establecerá una relación de confianza y de la misma manera de dependencia, cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad”. (Girón Rodríguez y Sánchez 2003).

Estimulación Intrauterina: La estimulación en útero, llamada también estimulación prenatal o intrauterina, describe variadas técnicas físicas y de relajación aplicadas por agentes educativos como la misma mamá, papá o con ayuda de terceros durante la gestación, con el objetivo de favorecer el desarrollo del sistema nervioso, la comunicación, los vínculos afectivos con la madre, el padre o ambos, en el mejor caso. (Bahamón, N., 2011).

Emociones: La emoción es una respuesta inmediata del organismo que le informa el grado de favorabilidad de un estímulo o situación. Si la situación le favorece su supervivencia, experimentará una emoción positiva (alegría, satisfacción, deseo, paz, etc.) y sino experimenta una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, etc.) (V.J. Wakmir, 1967).

Definición Operacional

CATEGORÍA	INDICADORES	MEDIDA	INSTRUMENTAL
Estimulación auditiva	-Hablar con el bebé	Si/ No/ A veces	Cuestionario adaptado
	-Leerle cuentos		
	-Colocarse música en el vientre		
	-Saludarle al bebé en el vientre.		
Estimulación táctil	-Acariciar el vientre.	Si/ No/ A veces	
	-Utilizar texturas en el contorno del vientre materno.		
	-Masajear con crema o aceite.		
Estimulación visual	-Utilizar una linterna en el vientre.	Si/ No/ A veces	
	-Acercar al vientre focos o luces de colores.		
	-Tomar sol directamente en el vientre.		
Estimulación motora	-Sentir el movimiento del bebé en el cambio de posición de la madre en la cama, de un lado al otro.	Si/ No/ A veces	
	-Ejercicios Físicos		
	-Ejercicios de relajación.		

CATEGORÍA	INDICADORES	MEDIDA	INSTRUMENTAL
Vínculo seguro	*Asistencia a consulta prenatal recurrente.	Si/ No	Cuestionario adaptado
	*Cuidado nutricional		
	*Preocupación física		
	*No consumo de drogas, alcohol o tabaco.		
Vinculo inseguro	*Negligencia afectiva	Si/ No	
	*Dificultad para asumir el embarazo		
	*Asistencia parcial a consulta prenatal		
	*Dificultad en relacionarse con el entorno a partir del embarazo		
Vínculo evitativo	*No asistencia a consulta prenatal	Si/ No	
	*Ideas e intentos de aborto.		
	*Negación al embarazo		
	*Dificultad para asumir la maternidad		

CATEGORÍA	INDICADORES	MEDIDA	INSTRUMENTAL
Emociones placenteras	Alegría	Si/ No/ A veces	Cuestionario adaptado
	Satisfacción		
	Placer		
	Tranquilidad		
	Deseo		
	Amor		
Emociones negativas	Tristeza	Si/ No/ A veces	
	Desilusión		
	Pena		
	Angustia		

	Culpa	
	Miedo	
	Rechazo	

Tipo de Investigación

Investigación Correlacional, ya que en el estudio se midió el grado de relación que existe entre estimulación intrauterina auditiva y vínculo, y la estimulación intrauterina y emociones, tanto en los objetivos como en las variables que fueron planteadas. Las madres adolescentes que fueron utilizadas dentro de la investigación fueron escogidas de acuerdo a la semana de gestación y edad que tenían, sin estar sujetas a variables ni ambientes controlados.

Diseño de la Investigación

No experimental de corte transversal, ya que no se realiza seguimiento del proceso ni el estudio del mismo, entre las variables, sino estudia a los sujetos dentro de su naturaleza sin establecer controles ni variables externas.

Población y Muestra

El trabajo de investigación fue un requerimiento para la graduación, que surgió dentro del Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” institución en la que se realizó las practicas pre- profesionales, con el convenio que existió con la Universidad Central del Ecuador. Observando la mayor problemática que fueron las madres adolescentes, nació el interés de buscar una alternativa para generar un apego apropiado de la madre hacia su hijo aun estando en periodo de gestación, además comprobé de manera personal la utilización de estimulación intrauterina y obtuve resultados positivos con mi hijo. Es así que se procedió a la elaboración del plan con la aceptación del tutor de la Universidad Central y las autoridades del centro de prácticas para su aplicación en la investigación. Acogió a adolescentes embarazadas, con una población que fue compuesta por 60 usuarias mensuales, comprendidas entre edades de 15 a 18 años que asistieron al área de Consulta Externa del HGOIA.

Características de la muestra

- Usuarias Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora”.
- Edades comprendidas entre 15 y 18 años de edad.

- Encontrarse en periodo de gestación, en el último trimestre.

Diseño de la muestra

- Probabilística

$$n = \frac{N \cdot o^2 \cdot z^2}{(N-1) E^2 + o^2 Z^2}$$

$$n = \frac{0.9604 \cdot 60}{(59) 0.0036 + 0.9604}$$

$$n = \frac{57.6}{1.17}$$

$$n = 49$$

Tamaño de la muestra

Dado el resultado de la fórmula probabilística el número de pacientes para la investigación es de 49 usuarias, pero para una mejor comprensión se utilizará a 50 pacientes.

Técnicas e Instrumentos

Técnicas

- **Entrevista:** se llevaba a cabo a todas las adolescentes que llegaban al Servicio de Consulta Externa, primero por las enfermeras, posterior en las áreas que integran el servicio, dentro de las cuales se encuentra Psicología, así se obtenía datos sobre su estado emocional actual, motivo de consulta, anamnesis personal, familiar, antecedentes de violencia o situaciones de riesgo en la que podía incurrir.
- **Observación:** se realizaba en todo el proceso de la entrevista con las adolescentes, para observar comportamientos, lenguaje no verbal y actitudes que puedan servir como apoyo en la veracidad de la información proporcionada por la usuaria, familiares y parejas de las mismas.

- **Tabulación de datos:** se utilizó para ordenar los datos, proporcionados por las pacientes que se encontraron dentro de la muestra.
- **Estudio de sintomatologías:** a través de los datos obtenidos se los agrupó, para un mejor entendimiento de los síntomas que las adolescentes presentaron en su embarazo.

Instrumentos

- **Historia clínica:** contribuía para completar la información proporcionada por la paciente.
- **Hoja CLAP:** es la escala de valoración de los adolescentes, hoja fundamental dentro de la Historia Clínica, en el cual se observaba situaciones de riesgo en las que podría concurrir la madre gestante.
- **Cuestionario:** para la investigación se realizó un cuestionario que consta de los datos de información y 28 preguntas, entre abiertas y mixtas, que contenían todos los indicadores necesarios para lo planteado. Además se obtuvo el consentimiento informado, por parte de cada una de las pacientes entrevistadas para la muestra, con su respectiva aceptación firmada como respaldo de su aprobación.

Análisis de Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

Elaboración de un cuestionario

No se encontraron cuestionarios ni encuestas que estuvieran acordes a lo planteado en la investigación por lo cual para fines de recoger la información se elaboró un instrumento propio con las revisiones bibliográficas necesarias, basándose en los indicadores del plan elaborado de la investigación.

Después del análisis bibliográfico se procedió a un borrador que contó con una prueba piloto de 28 preguntas a 10 usuarias del HGOIA con iguales características de la muestra, pero que no formen parte de la seleccionada para la investigación, como resultado se obtuvo, la corrección y los ajustes necesarios de algunas preguntas planteadas específicamente en la N° 27 y 28, con mejores especificaciones de como las usuarias deben contestarlas. Estas preguntas fueron rectificadas para un mejor entendimiento de las pacientes y así, validar la confiabilidad y validez del instrumento. Se incluyó instrucciones básicas donde constaba la forma de responder y el tiempo de la aplicación del

cuestionario, además de especificar datos de información de las mismas con las semanas de gestación.

Posterior se procedió a la aplicación en la muestra perteneciente a la investigación.

Finalmente la recolección se produjo de forma individual y el procesamiento del instrumento se realizó con la tabulación de las preguntas planteadas, ordenadas en una base de datos para realizar el cruce de información y poder obtener la comprobación de las hipótesis planteadas. Se obtuvieron los resultados esperados y estos están representados en los cuadros y gráficos que sirvieron para las conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

Para realizar la investigación se tomó una muestra de 50 pacientes, comprendidas en edades entre 15 y 18 años, que se encuentren embarazadas en el último trimestre de gestación. A las cuales se les aplicó el cuestionario elaborado, previamente calificado y validado; que contó de 28 preguntas, además de incluir los datos de identificación respectivos, comprobando el impacto emocional en el vínculo materno.

Presentación de gráficos y tablas

Estimulación intrauterina y el impacto emocional en el vínculo materno

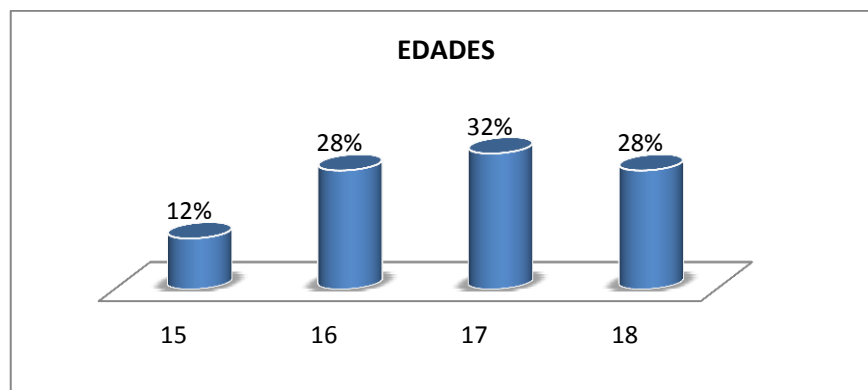
Tabla 1

Edades	Número de pacientes	Porcentajes
15	6	12%
16	14	28%
17	16	32%
18	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 1



Interpretación:

De los datos recolectados de la muestra de 50 pacientes, se obtiene que el mayor porcentaje de pacientes tienen 17 años con el 32%, siendo el menor porcentaje las pacientes que tienen 15 años con un 12 %.

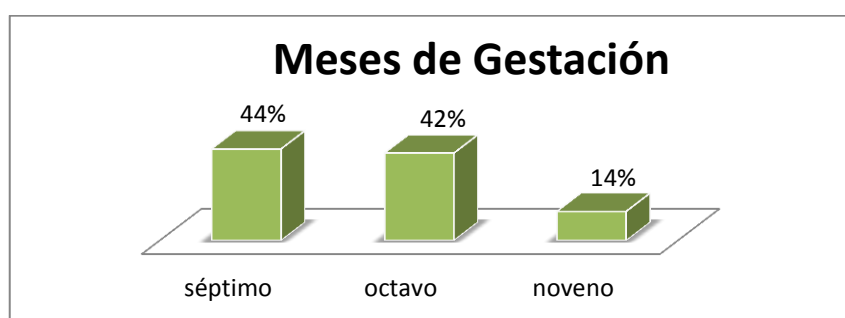
Tabla 2

Meses de gestación	Número de pacientes	Porcentaje
séptimo	22	44%
octavo	21	42%
noveno	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 2



Interpretación:

De las 50 pacientes investigadas, el 44% se encontraba en el séptimo mes de gestación, el 42 % en octavo mes y el 14 % en el noveno mes, siendo el menor porcentaje aquellas que se encuentran en el último mes de embarazo.

Análisis del cuestionario aplicado

Pregunta N° 1 ¿Conoce qué es estimulación intrauterina?

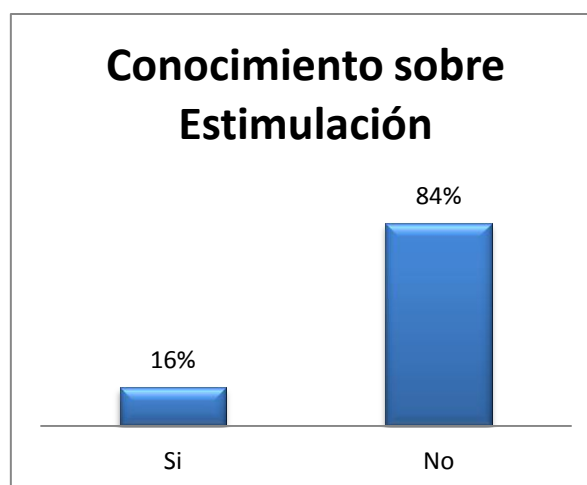
Tabla 3

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	8	16%
No	42	84%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 3



Interpretación:

De los datos obtenidos, se puede expresar que el 84% de la muestra no conoce el significado de estimulación intrauterina, mientras el 16% tiene conocimiento de lo que se refiere.

Pregunta N° 2 ¿Habla con su bebe?

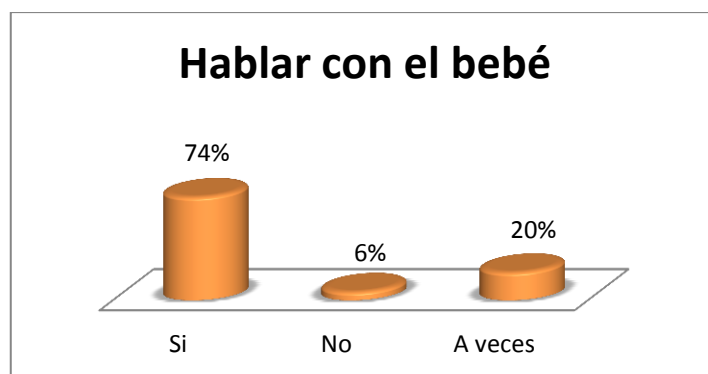
Tabla 4

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	37	74%
No	3	6%
A veces	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 4



Interpretación:

Se puede observar que, la mayor parte de las pacientes investigadas con un 74% hablan con su bebé mientras transcurría su embarazo, un 20% no lo hace mientras que un 6% no lo ha realizado nunca.

Pregunta N°3 ¿Le lee cuentos?

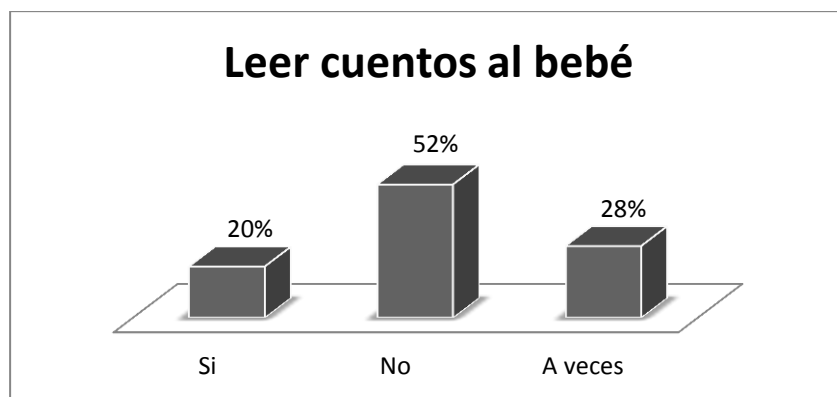
Tabla 5

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	10	20%
No	26	52%
A veces	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 5



Interpretación:

De la muestra investigada con un total de 50 pacientes, se obtuvo que el 52% no le lee cuentos a su bebé en el período de gestación, mientras que el 28% lo realiza en ocasiones y en 20% sí lo hace de forma regular.

Tabla 6

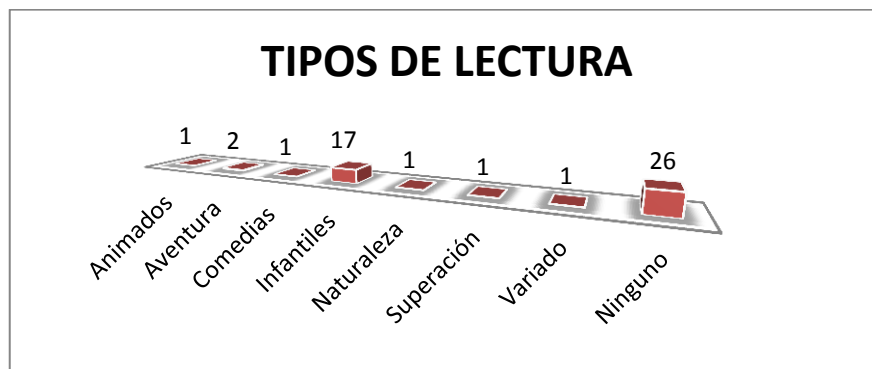
TIPOS DE LECTURA

Tipo	Frecuencia
Animados	1
Aventura	2
Comedias	1
Infantiles	17
Naturaleza	1
Superación	1
Variado	1
Ninguno	26
TOTAL	50

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 6



Interpretación:

De los datos obtenidos por las 50 pacientes de la investigación, se concluye que 26 de ellas no leen ningún tipo de cuento, 17 prefieren textos infantiles, 2 se inclinan por la lectura sobre aventura y dentro de los menos destacados se encuentran animados, comedias, naturaleza, superación y lectura variada con una paciente respectivamente.

Pregunta N°4 ¿Se coloca música en su vientre?

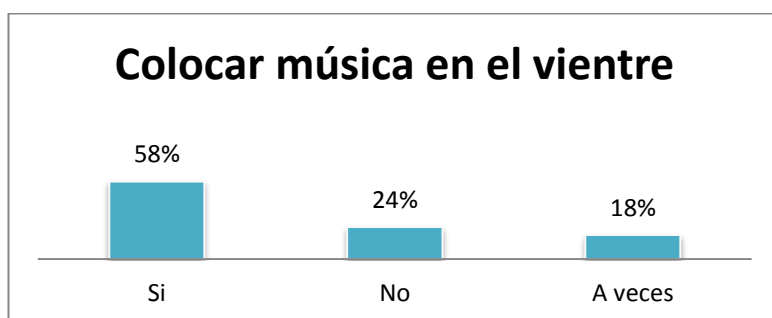
Tabla 7

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	29	58%
No	12	24%
A veces	9	18%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 7



Interpretación:

Se puede observar que de 50 pacientes investigadas el 58%, es decir 29 de ellas sí se colocan música en su vientre en el período gestacional que se encuentran, un 24% no lo hacen y un 18% que se refiere a 9 pacientes lo realizan de forma ocasional.

Tabla 8

TIPOS DE MÚSICA

Tipo	Frecuencia
Baladas	3
Clásica	10
Cristiana	2
Infantiles	6
Ópera	1
Relajación	2
Relajación y Románticas	2
Relajación y Salsa	1
Románticas	3
Variado	7
Vallenatos	1
Ninguno	12
TOTAL	50

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 8



Interpretación:

De los datos obtenidos de las 50 pacientes, se expresan de la siguiente manera 12 de ellas no se colocan ningún tipo de música en su vientre, 10 prefieren el tipo musical clásico, 7 de las pacientes se colocan música variada, 6 se inclinan por música infantil. Baladas y románticas son utilizadas por 3 pacientes cada una de ellas respectivamente, mientras que las canciones cristianas, de relajación y la combinación de relajación con música romántica son preferidas por 2 pacientes cada una de las opciones antes mencionadas, finalmente la ópera, el vallenato y la salsa combinada con música de relajación son las menos utilizadas con 1 paciente respectivamente.

Pregunta N°5 ¿Al levantarse en las mañanas saluda a su bebé?

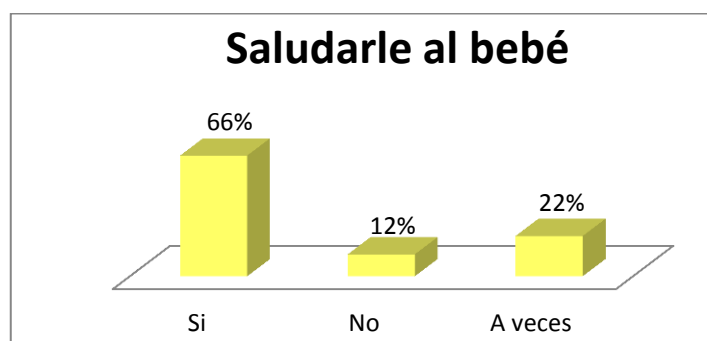
Tabla 9

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	33	66%
No	6	12%
A veces	11	22%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 9



Interpretación:

Con los datos obtenidos se puede decir que un 66% es decir 33 de las pacientes sí saludan a su bebé al despertarse, estando en el período de gestación, el 22% lo hace ocasionalmente y un 12% que son 11 pacientes no lo han realizado nunca.

Pregunta N°6 ¿Acaricia su vientre?

Tabla 10

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	50	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 10



Interpretación:

Podemos observar que un 100% de la muestra, es decir las 50 pacientes de la investigación sí acarician su vientre frecuentemente durante el proceso de embarazo en el cual se encuentran.

Pregunta N°7 ¿Hace masajes con crema o aceite en su vientre?

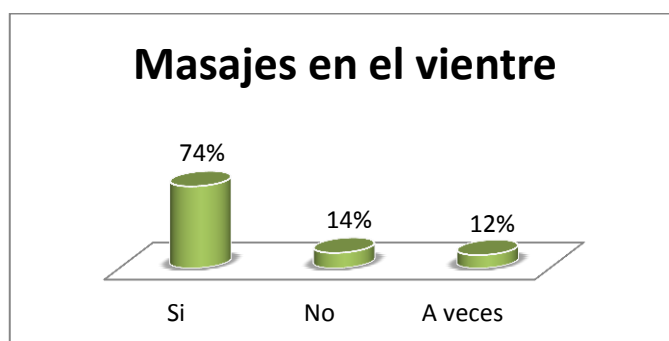
Tabla 11

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	37	74%
No	7	14%
A veces	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 11



Interpretación:

De la muestra investigada en un total de 50 pacientes se expresa lo siguiente: el 74% sí ha realizado masajes en su vientre con crema o aceite durante su embarazo, el 14% no lo ha realizado y el 12% lo ha hecho ocasionalmente.

Pregunta N°8 ¿Utiliza pelotas, telas u otro tipo de texturas en su vientre para jugar con su bebé?

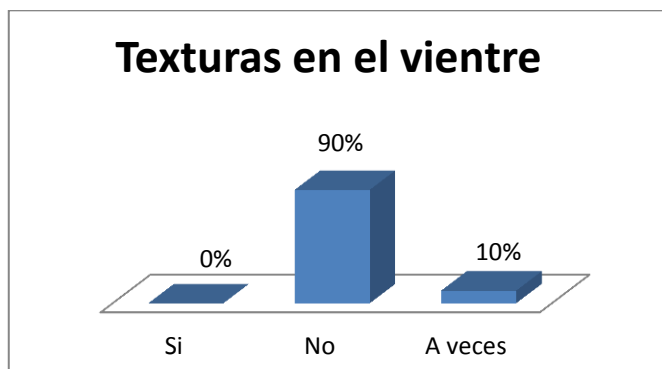
Tabla 12

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	0	0%
No	45	90%
A veces	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 12



Interpretación:

Con los datos recolectados en la investigación se obtiene que el 90% de las pacientes no han aplicado pelotas, telas o texturas en su vientre para jugar con su bebé en su embarazo, mientras que el 10% lo ha realizado en alguna ocasión y el 0% lo hace de forma permanente.

Pregunta N°9 ¿Ha colocado luces en su vientre, como lámparas o focos?

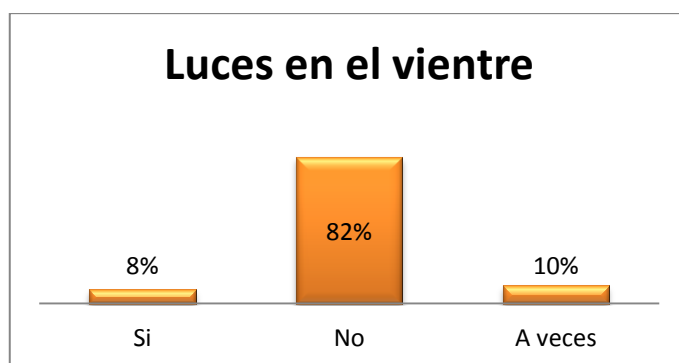
Tabla 13

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	4	8%
No	41	82%
A veces	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 13



Interpretación:

De las 50 pacientes que fueron utilizadas para la investigación, se pudo obtener que el 82% es decir 42 pacientes no han colocado luces, como focos o lámparas en su vientre, como forma de estimulación visual. El 10% es decir 5, lo han hecho ocasionalmente y 8% es decir 4 pacientes si lo hacen de forma frecuente.

Pregunta N°10 ¿Ha recibido luz solar directamente sobre el vientre?

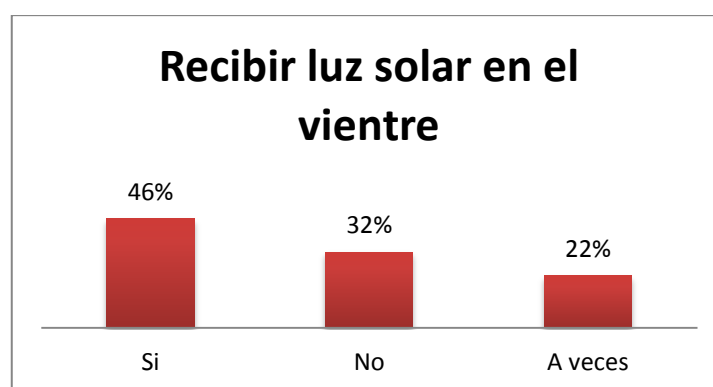
Tabla 14

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	23	46%
No	16	32%
A veces	11	22%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro14



Interpretación:

De los datos obtenidos de las 50 pacientes en la investigación se expresa que el 46% sí ha recibido luz solar en su vientre de forma directa como estimulación táctil, en 32% no lo ha recibido nunca y el 22% lo ha hecho ocasionalmente.

Pregunta N°11 ¿Siente el movimiento del bebé cuando cambia de posición en la cama, de un costado al otro?

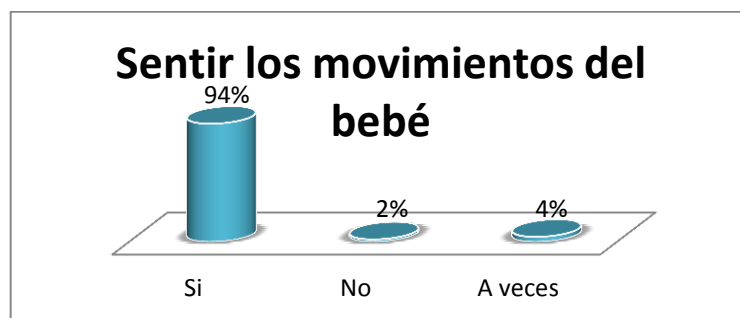
Tabla 15

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	47	94%
No	1	2%
A veces	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 15



Interpretación:

De las 50 pacientes entrevistadas para la investigación el 94%, es decir 47 afirmaron que siente el movimiento del bebé cuando cambia de posición en la cama de un costado al otro, el 4% que significan 2 pacientes contestaron que en ocasiones sienten los movimientos y el 2% que es 1 paciente respondió que no siente los movimientos del bebé en su vientre.

Pregunta N° 12 ¿Realiza algún tipo de ejercicio maternal?

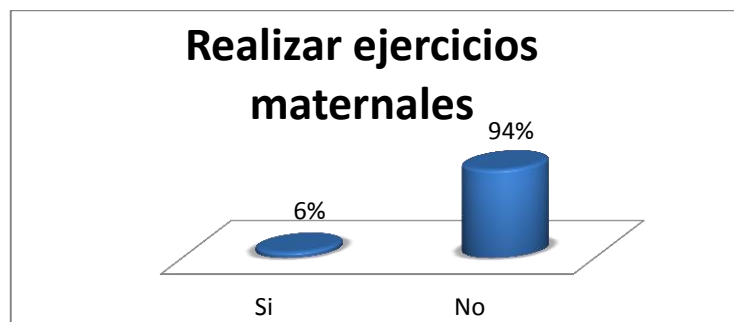
Tabla 16

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	3	6%
No	47	94%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 16



Interpretación:

Del total de la muestra en las 50 pacientes entrevistadas, se obtuvo que el 94% no realizaron ejercicios maternos durante su gestación, mientras que un 6% si lo ha realizado.

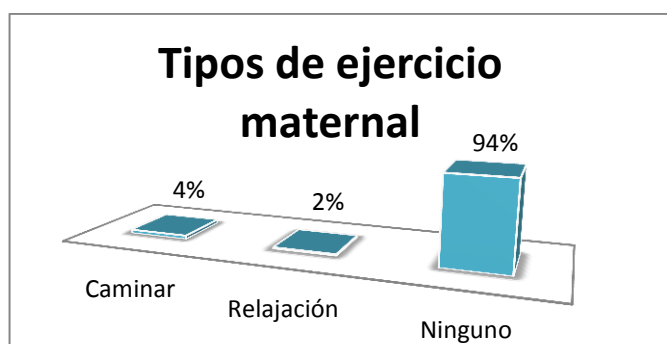
Tabla 17

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Caminar	2	4%
Relajación	1	2%
Ninguno	47	94%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 17



Interpretación:

Recolectando los datos de las 50 madres adolescentes se obtuvo que el 94% es decir 47 pacientes no realizan ni especifican algún tipo de ejercicio maternal, el 4% que se refiere a 2 pacientes como ejercicio maternal realizan caminata y el 2% que implica a 1 paciente ejecuta relajación como ejercicio maternal.

Pregunta N°13 ¿Ha realizado ejercicios de relajación en el periodo de embarazo?

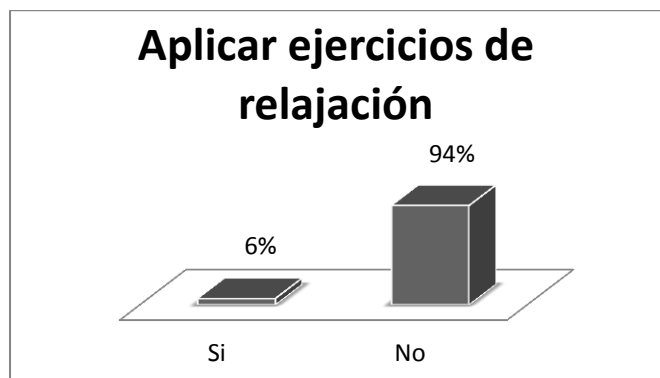
Tabla 18

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	3	6%
No	47	94%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 18



Interpretación:

En los datos obtenidos se puede observar que el 94% no realiza ningún tipo de relajación en el período de embarazo, mientras que una minoría con el 6% si lo ha realizado.

Tabla 19

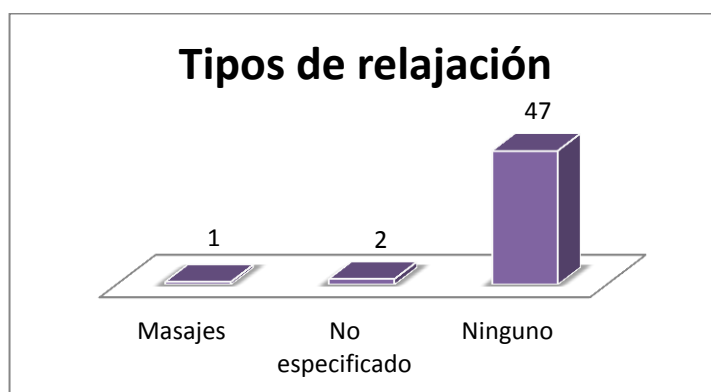
Tipos de Relajación

Tipo	Frecuencia
Masajes	1
No especificado	2
Ninguno	47
TOTAL	50

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 19



Interpretación:

De la recolección de los datos a través de las 50 pacientes se obtiene que 47 no han realizado ningún tipo de ejercicio de relajación en su embarazo, 2 si lo han hecho pero no especifican que tipo y 1 paciente ha ejecutado por medio de masajes.

Pregunta N°14 ¿Cuántos controles prenatales ha tenido?

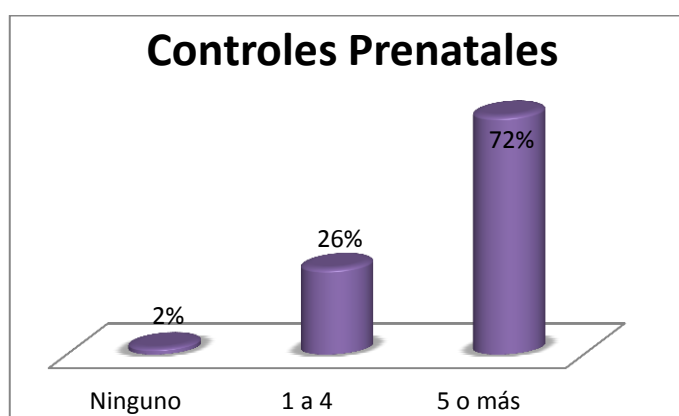
Tabla 20

Controles	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	1	2%
1 a 4	13	26%
5 o más	36	72%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 20



Interpretación:

La mayoría de las pacientes con un 72% del total de la muestra ha tenido 5 o más controles prenatales lo que quiere decir que sí prestan atención y se preocupan por su bienestar físico en su estado gestacional, el 26% ha asistido a los controles prenatales entre 1 a 4 y el 2% no había acudido a ningún control previo de su gestación, mostrando descuido del mismo, ya que las pacientes se encuentran en el tercer período de embarazo.

Pregunta N°15 ¿Su peso es?

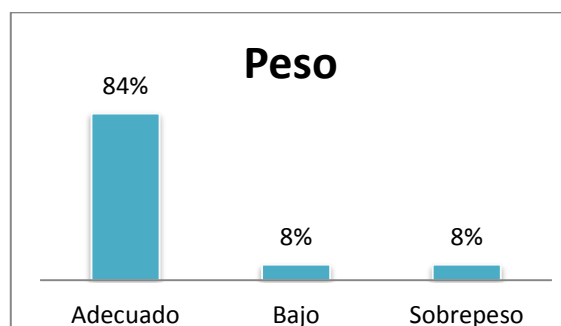
Tabla 21

Peso	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	42	84%
Bajo	4	8%
Sobrepeso	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 21



Interpretación:

Se puede observar que de la muestra obtenida la mayoría tiene un peso adecuado con el 84% acorde con su estado gestacional y su estatura, mientras que con un peso bajo y sobrepeso encontramos que existe en un 8% para cada alternativa antes mencionada.

Pregunta N°16 ¿Cuántas comidas al día ingiere?

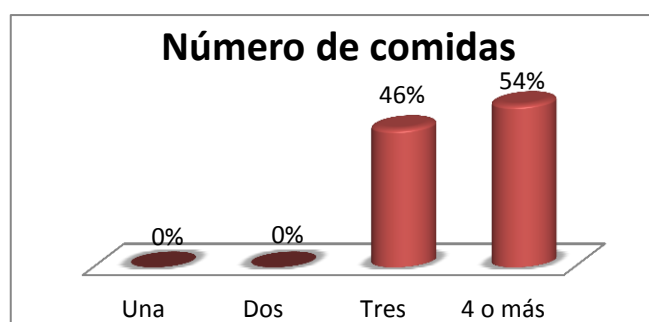
Tabla 22

Alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Una	0	0%
Dos	0	0%
Tres	23	46%
4 o más	27	54%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 22



Interpretación:

Del total de la muestra de las pacientes de la investigación se expresa que el 54% es decir 27 pacientes consumen 4 o más comidas al día, que es algo favorable para el cuidado nutricional de la adolescente gestante, el 46% que implica 23 pacientes consumen 3 veces al día alimentos. No se encontró datos que indiquen que consumen una o dos comidas al día por lo que se expresa con un 0% respectivamente.

Pregunta 17 ¿Qué tipo de alimentación consume en su embarazo, con mayor frecuencia?

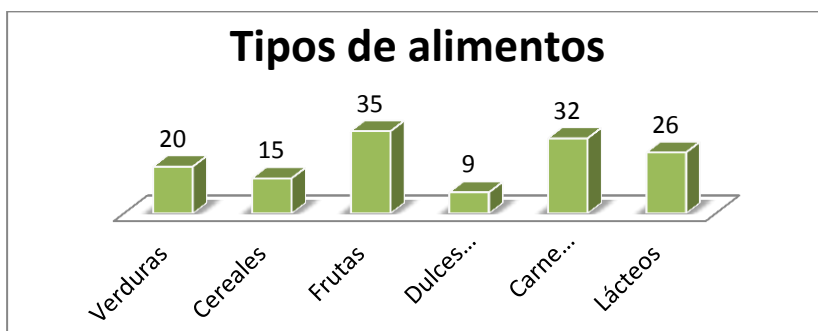
Tabla 23

Tipos de alimentos	Frecuencia
Verduras	20
Cereales	15
Frutas	35
Dulces y Grasas	9
Carne y huevos	32
Lácteos	26

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 23



Interpretación:

De los datos obtenidos con la muestra, se observa que existe un consumo variado en los tipos de alimentos por parte de las pacientes entrevistadas, pero se destacan alimentos que prefieren las adolescentes dentro de los cuales se resaltan las frutas con 35 pacientes que las consumen, carne y huevos con 32, continuando con el orden descendente se encuentran los lácteos con 26, las verduras con 20, los cereales con 15 y finalmente los dulces y grasas con 9 personas.

Pregunta N°18 ¿Siente los movimientos del bebé a menudo?

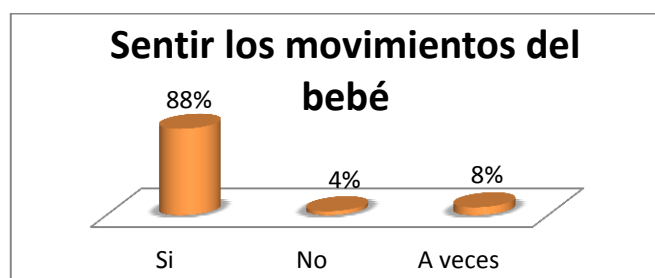
Tabla 24

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	44	88%
No	2	4%
A veces	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 24



Interpretación:

Con los datos recolectados en la investigación se expresa que, el 88% de las pacientes sí sienten los movimientos a menudo de los bebés en su vientre, el 8% lo siente de forma ocasional y finalmente el 4% no los siente.

Pregunta N°19 ¿Sí recibiera un golpe o caída que ponga en riesgo a su bebé qué haría?

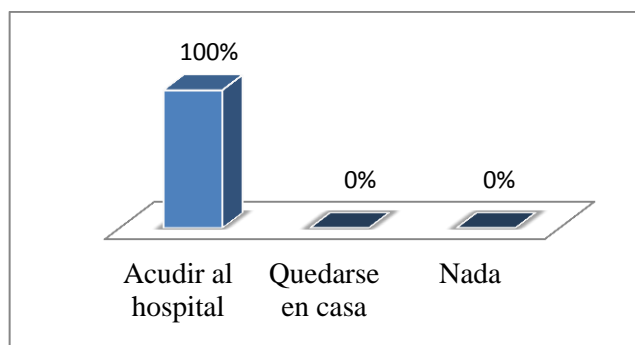
Tabla 25

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Acudir al hospital	50	100%
Quedarse en casa	0	0%
Nada	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 25



Interpretación:

Con los datos obtenidos tenemos que el 100% es decir las 50 pacientes entrevistadas contestaron que acudirían al hospital si recibieran un golpe o caída que pondría en riesgo a su bebé. El quedarse en casa o no realizar nada obtuvieron un 0% ya que no se encontró registros que indiquen los mismos.

Pregunta N°20 ¿Ha consumido droga, alcohol o cigarrillo en el embarazo?

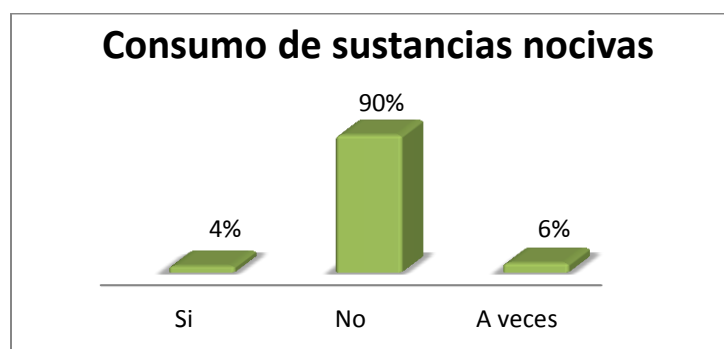
Tabla 26

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	2	4%
No	45	90%
A veces	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 26



Interpretación:

La mayoría de las pacientes que conforman la muestra contestaron que no han utilizado ningún tipo de droga, alcohol o cigarrillo en el embarazo con un 90%, el 6% si lo ha hecho en alguna ocasión y el 4% lo continúa haciendo de forma recurrente.

Pregunta N°21 ¿Cómo se siente con su embarazo?

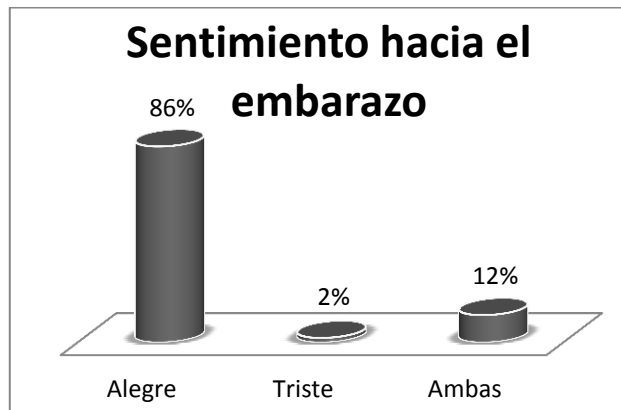
Tabla 27

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Alegre	43	86%
Triste	1	2%
Ambas	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 27



Interpretación:

De los datos recolectados podemos observar que la mayoría se siente alegre con su embarazo eso expresan 43 pacientes que implican el 86%, se sienten ambivalentes 6 con un 12% y finalmente se sienten tristes con su gestación una paciente que representa el 2% de la muestra.

Pregunta N°22 ¿Cómo señalaría su embarazo?

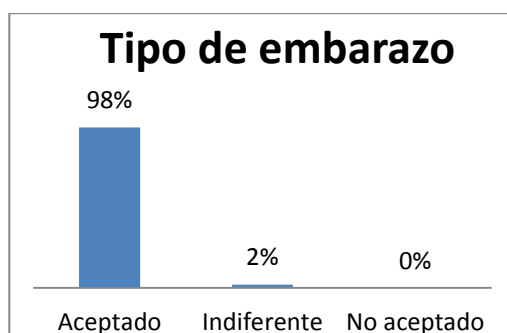
Tabla 28

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Aceptado	49	98%
Indiferente	1	2%
No aceptado	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 28



Interpretación:

En la muestra se encontró que el 98% de las pacientes señalan que su embarazo se encuentra aceptado, al 2% le es indiferente y no se encontró registros que indiquen que alguna madre adolescente no acepte su embarazo por lo que se expresa con un 0%.

Pregunta N°23 ¿Ha sentido dificultad para asumir su embarazo?

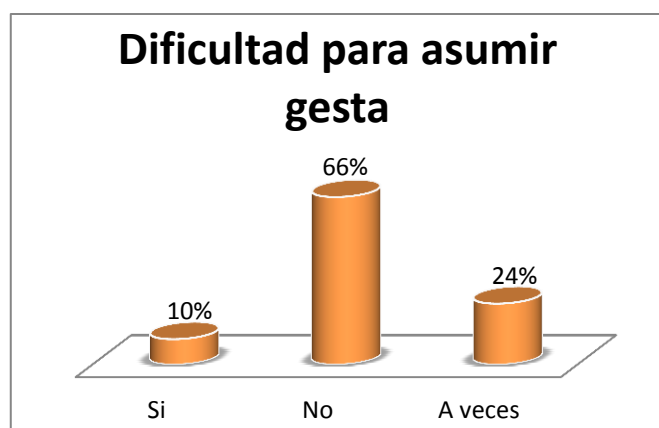
Tabla 29

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	5	10%
No	33	66%
A veces	12	24%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 29



Interpretación:

De las 50 pacientes que fueron utilizadas para la investigación se observa que al 66% no se le ha dificultado asumir su embarazo, al 24% en ocasiones sí se le ha dificultado y al 10% si le resulta complicado asumir su gestación.

Pregunta N°24 ¿Le cuesta relacionarse con las personas, desde su embarazo?

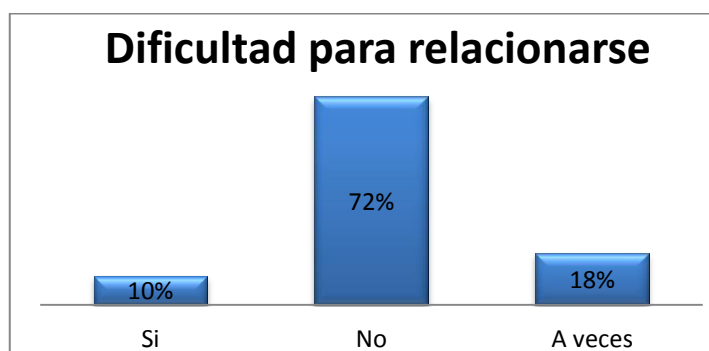
Tabla 30

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	5	10%
No	36	72%
A veces	9	18%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 30



Interpretación:

De acuerdo con los datos recogidos en la investigación, se obtiene que al 72% es decir a 36 pacientes no les cuesta relacionarse con las personas después de su embarazo, al 18% si les cuesta en ocasiones y al 10% si les dificulta frecuentemente relacionarse con su entorno.

Personas con las que se les dificulta relacionarse

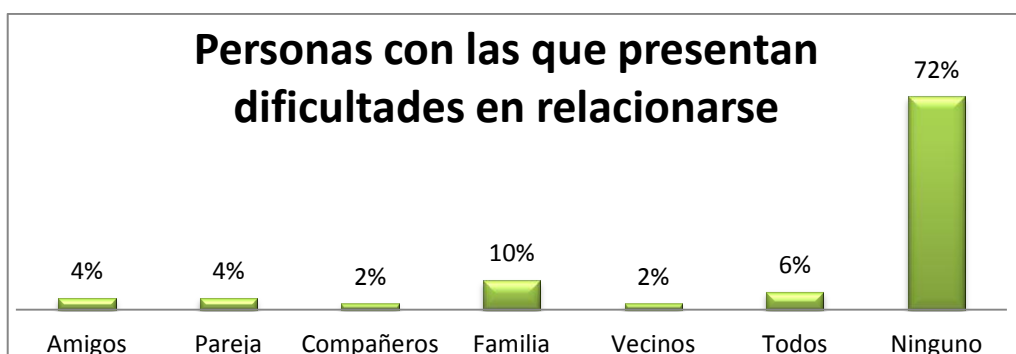
Tabla 31

¿Con Quién?	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	2	4%
Pareja	2	4%
Compañeros	1	2%
Familia	5	10%
Vecinos	1	2%
Todos	3	6%
Ninguno	36	72%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 31



Interpretación:

De los datos obtenidos por las 50 pacientes de la investigación, se concluye que el 72% es decir 36 de las pacientes, no se les dificulta relacionarse con nadie, al 10% que implica a 5 personas se les complica relacionarse con su familia, materna y paterna. A 3 personas que significan el 6% se les dificulta relacionarse en general con todas las personas, en cuanto al conflicto en relacionarse con los amigos y la pareja existen porcentajes del 4% cada uno de ellos y finalmente con el 2% se encuentra el relacionarse con los vecinos.

Pregunta N°25 ¿Ha tenido idea o intentos de aborto?

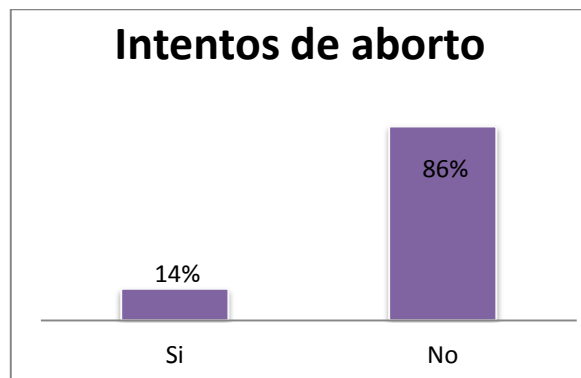
Tabla 32

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	7	14%
No	43	86%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 32



Interpretación:

Con los datos recabados se concluye que 43 pacientes que dan un total del 86% no han tenido intentos de aborto durante su gestación, en cambio con una minoría 7 pacientes que son el 14% de la muestra si ha tenido intentos de aborto.

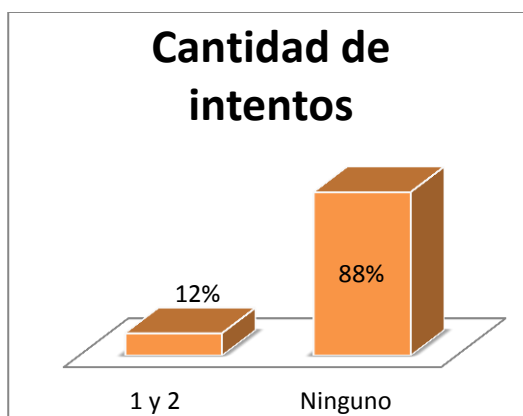
Tabla 33

Intentos de aborto	Cantidad	Porcentajes
1 y 2	6	12%
Ninguno	44	88%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 33



Interpretación:

La sumatoria de los datos recolectados en las pacientes de la investigación da como resultado que el 88% no ha tenido ningún tipo de intento de aborto, y un 12% ha tenido entre 1 y 2 intentos de aborto inducido pero sin repercusiones en el feto.

Pregunta N°26 ¿Cree que se la ha dificultado asumir su embarazo?

Tabla 34

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Si	3	6%
No	40	80%
A veces	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 34



Interpretación:

Las pacientes de la investigación proporcionaron datos que arrojaron los siguientes resultados, al 80% de la muestra no se le ha dificultado asumir su embarazo, mientras que al 6% sí se le ha complicado hacerlo y finalmente a un 14% de la muestra se le dificulta hacerlo en ocasiones.

Pregunta N° 27: ¿Qué tipo de emociones con mayor frecuencia ha sentido en su embarazo?

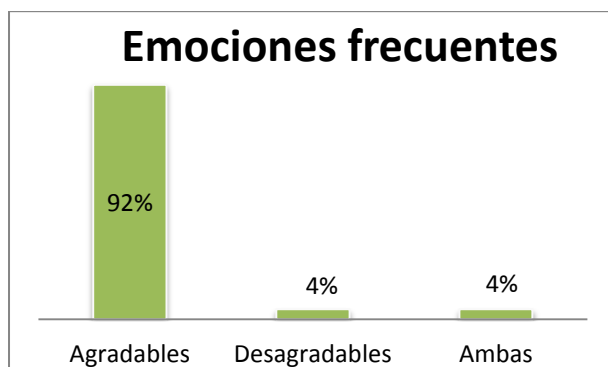
Tabla 35

Alternativa	N° de Pacientes	Porcentaje
Agradables	46	92%
Desagradables	2	4%
Ambas	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 35



Interpretación:

La mayoría de la muestra presenta con un 92% que sienten emociones agradables hacia su embarazo, esto quiere decir que son 46 pacientes en total, mientras que una minoría siente emociones desagradables con un 4% que representa a 2 pacientes y otro 4% selecciona que siente ambas emociones hacia su gestación.

Pregunta N°28 Dependiendo de la emoción antes escogida
¿Qué emoción representa su embarazo?

Tabla 36

Emociones Agradables	Frecuencia	Porcentaje
Alegría	44	36%
Satisfacción	7	6%
Deseo	12	10%
Tranquilidad	21	17%
Placer	1	0.8%
Amor	38	31%
TOTAL	123	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 36



Interpretación:

Con los datos recolectados se obtiene que, de acuerdo a las emociones agradables que sienten las pacientes hacia su embarazo se recalcan alegría con un 36% y amor con un 31%, continúa tranquilidad con un 17%, deseo con un 10%, satisfacción con el 6% y finalmente placer con un 0%.

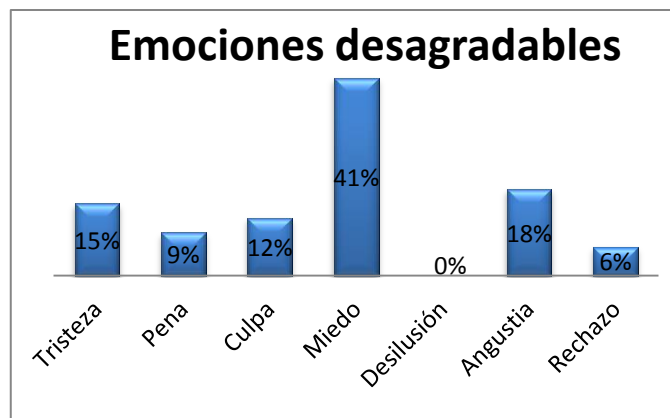
Tabla 37

Emociones Desagradables	Frecuencia	Porcentaje
Tristeza	5	15%
Pena	3	9%
Culpa	4	12%
Miedo	14	41%
Desilusión	0	0%
Angustia	6	18%
Rechazo	2	6%
TOTAL	34	100%

Fuente de información: Datos obtenidos a través del cuestionario elaborado para la recolección de datos de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 37



Interpretación:

Las pacientes de la investigación proporcionaron datos que arrojaron los siguientes resultados en cuanto a las emociones desagradables hacia su embarazo, el miedo es la emoción predominante con un 41%, le sigue la angustia con un 18%, tristeza con el 15% y la culpa con un 12%. Con una minoría aparece la pena con el 9%, el rechazo con el 6% y no se recaban datos acerca la desilusión por lo que se expresa con el 0%.

Comprobación de la primera hipótesis

Se analizaron los indicadores de forma individual, para expresar los resultados obtenidos.

1. Planteamiento de la hipótesis

Hi: La estimulación intrauterina auditiva genera una mejor estructuración del vínculo materno seguro.

Ho: La estimulación intrauterina auditiva no genera una mejor estructuración del vínculo materno seguro.

2. Estadística de prueba

T-student

$$t = \frac{\hat{B}_2 - B_0 \sqrt{\sum (t - \bar{X})^2}}{\hat{\sigma}_u}$$

La prueba T nos permitirá en términos analíticos mediante la prueba de hipótesis definir si nuestra afirmación o lo que queremos demostrar es correcto o tiene un alto nivel de relación en la comprobación de la cuantificación de variables.

Esto quiere decir entre mayor sea el nivel de la T calculada mayores serán las probabilidades de confirmar la relación de variables que hemos sometido a investigación.

3. Cálculos

Para la comprobación de la hipótesis, los datos fueron analizados en Excel, en la investigación correlacional con los indicadores en general de la primera hipótesis:

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coefficiente de correlación múltiple	0,877207987
Coefficiente de determinación R ²	0,769493853
R ² ajustado	0,70276839
Error típico	0,38155318
Observaciones	50

Como podemos observar existe un alto nivel correlacional del 87% entre variables para la demostración de la hipótesis planteada, esto quiere decir que existe un alto nivel de correlación entre las variables de los indicadores en general analizados.

ANÁLISIS DE VARIANZA					
	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	11	18,4678525	1,67889568	11,5322369	5,07013E-09
Residuos	38	5,53214752	0,14558283		
Total	49	24			

La estadística Fisher nos dice que la hipótesis planteada expuesta a comprobación tiene un alto nivel de 11.53 veces de poder ser afirmada.

4. Resultados

T – STUDENT

	<i>Coeficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>
Intercepción (VINCULO MATERNO)	2,85	0,89	4,20	0,00
Variable X 1 Hablar con él bebe	0,18	0,07	5,55	0,01
Variable X 2 Leerle cuentos	0,06	0,08	3,70	0,00
Variable X 3 Colocarse música en el vientre	0,23	0,08	7,03	0,00
Variable X 4 Saludarle al bebé en el vientre.	0,00	0,07	2,02	0,01
Variable X 5 Realiza algún tipo de ejercicio maternal	0,00	0,29	6,01	0,01
Variable X 6 Asiste a consulta prenatal	0,73	0,12	5,96	0,00
Variable X 7 Evita el consumo de sustancias	0,32	0,15	7,21	0,03
Variable X 8 Dificultad para asumir el embarazo	0,08	0,11	3,70	0,09
Variable X 9 Dificultad para relacionarse con el entorno a partir del embarazo	0,19	0,13	1,47	0,15
Variable X 10 Ideas e intentos de aborto	1,29	0,20	6,44	0,00
Variable X 11 Negación al embarazo	0,57	0,54	1,04	0,31

La estadística t nos muestra que efectivamente hay una alta probabilidad en términos analíticos de aceptar la hipótesis nula, esto quiere decir que la hipótesis planteada tiene un resultado afirmativo con los siguientes resultados y análisis:

Para los indicadores: habla con él bebe (5,55); leerle cuentos (3,70); colocarse música en el vientre (7,03); saludarle al bebe (2,02), realiza algún tipo de ejercicio maternal (6,01); asiste a consulta prenatal (5,96); evita el consumo de sustancias (7,21); ideas e intentos de aborto(6,44); podemos demostrar que influyen o determinan altamente la generación de un vínculo materno, con lo cual podemos concluir que la estimulación intrauterina auditiva juega un papel determinante en la generación de un vínculo materno seguro; con la cual podemos concluir que los indicadores o

hábitos más importantes para establecer un vínculo materno seguro son: hablar con él bebe, colocarse música siendo este un factor importante, además de la importancia de los ejercicios maternos, y sobre todo el evitar sustancias, y las no ideas de aborto como factores determinantes en el embarazo.

Tabla 38

Comprobación de la primera hipótesis

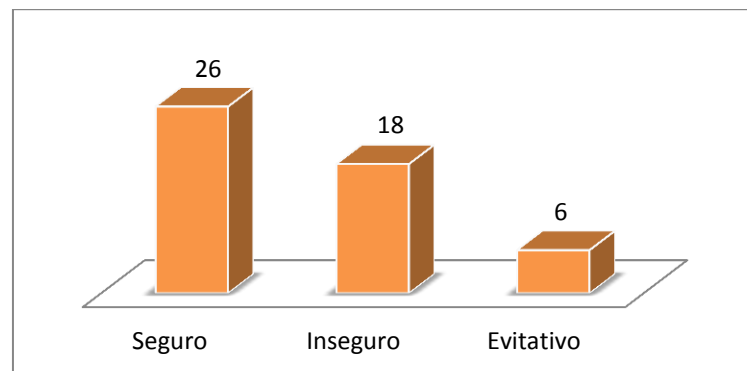
Vínculo Afectivo	N° de pacientes
Seguro	26
Inseguro	18
Evitativo	6
TOTAL	50

Fuente de información: Resultados obtenidos a través del cuestionario aplicado, dentro de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 38

Comprobación de la primera hipótesis



Comprobación de la segunda hipótesis

Se analizaron los indicadores de forma general, para posterior expresar los resultados obtenidos.

1. Planteamiento de la hipótesis

Hi: La estimulación intrauterina produce emociones placenteras en la madre gestante.

Ho: La estimulación intrauterina no produce emociones placenteras en la madre gestante.

2. Estadística de prueba

T-student

$$t = \frac{\hat{B}_2 - B_0 \sqrt{\sum (X_t - \bar{X})^2}}{\hat{\sigma}_u}$$

La prueba T nos permitirá en términos analíticos mediante la prueba de hipótesis definir si nuestra afirmación o lo que queremos demostrar es correcto o tiene un alto nivel de relación en la comprobación de la cuantificación de variables.

Esto quiere decir entre mayor sea el nivel de la T calculada mayores serán las probabilidades de confirmar la relación de variables que hemos sometido a investigación.

3. Cálculos

Para la comprobación de la hipótesis, los datos fueron analizados en Excel, en la investigación correlacional con los indicadores en general de la segunda hipótesis:

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coefficiente de correlación múltiple	0,66231078
Coefficiente de determinación R ²	0,43865557
R ² ajustado	0,25659791
Error típico	0,3991246
Observaciones	50

Como podemos observar existe un alto nivel correlacional del 66% entre variables para la demostración de la hipótesis planteada, esto quiere decir que existe un alto nivel de correlación entre las variables de los indicadores en general analizados.

4. Resultados:

T – STUDENT

	<i>Coeficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>
Intercepción (EMOCIONES)	3,73	0,83	4,48	0,00
Variable X 1 Hablar con él bebé	0,02	0,08	3,26	0,01
Variable X 2 Leerle cuentos	0,01	0,10	3,08	0,03
Variable X 3 Colocarse música en el vientre	0,13	0,08	2,67	0,00
Variable X 4 Saludar al bebé	0,23	0,07	3,06	0,00
Variable X 5 Acariciar el vientre	0,00	0,00	0,23	0,92
Variable X 6 Masajear con crema o aceite	0,08	0,10	0,79	0,56
Variable X 7 Utilizar texturas en el contorno del vientre	-0,28	0,21	-1,37	0,18
Variable X 8 Acercar al vientre con luces o colores	-0,45	0,14	-3,17	0,00
Variable X 9 Tomar sol directamente en el vientre	-0,06	0,08	-0,70	0,49
Variable X 10 Sentir el movimiento del bebé	-0,12	0,14	-3,82	0,02
Variable X 11 Ejercicios físicos	-0,34	0,26	-4,32	0,01
Variable X 12 Ejercicios de relajación	-0,39	0,28	-4,36	0,01

La Estadística T nos muestra que efectivamente hay una alta probabilidad en términos analíticos de aceptar la hipótesis nula esto quiere decir que la hipótesis planteada tiene un resultado afirmativo con los siguientes resultados y análisis:

Para los indicadores: acariciar el vientre (0,23); masajear con crema o aceite (0,79); tomar sol directamente en el vientre (-0,70); podemos sintetizar que si bien es cierto funcionan en su conjunto para la afirmación de la hipótesis, en cambio no tienen un mayor peso ni tampoco determinan altamente la generación de emociones placenteras en la madre gestante.

Mientras que para los indicadores: hablar con él bebe (3,26); leerle cuentos (3,08); colocarse música en el vientre(2,67); saludar al bebe (3,06); utilizar texturas en el contorno del vientre (-1,37); acercar al vientre con luces o colores (-3,17); sentir el movimiento del bebe (-3,82); ejercicios físicos (-4,32); ejercicios de relajación (-4,36); podemos demostrar que influyen o determinan altamente la generación de un vínculo materno, con lo cual podemos concluir que la estimulación intrauterina juega un papel determinante en la producción de emociones placenteras.

Tabla 39

Comprobación de la segunda hipótesis

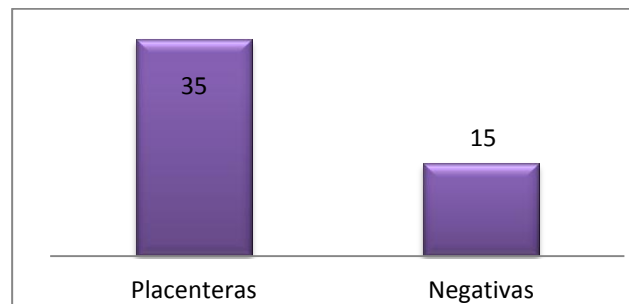
Emociones	N° de pacientes
Placenteras	35
Negativas	15
TOTAL	50

Fuente de información: Resultados obtenidos a través del cuestionario aplicado, dentro de la investigación.

Elaborado por: Erika Palacios

Cuadro 39

Comprobación de la segunda hipótesis



Análisis y discusión de resultados

Con los datos obtenidos podemos destacar que a través de estimulación intrauterina auditiva se genera un apego apropiado o seguro hacia su hijo, aún estando en período de gestación, se proyectaron datos que corroboran la información como lo fue en la comprobación de la primera hipótesis, ya que se analizaron los indicadores en conjunto, de los diversos tipos de estimulación puntuando con mayor porcentaje la estimulación auditiva con un 52% del total de la muestra de madres gestantes de la investigación, con este dato se da la certeza que se cumplió el objetivo planteado.

Además pese a que existe un desconocimiento de lo que es estimulación intrauterina en la muestra de la investigación con un 84%, sí se aplican ciertas herramientas que son de conocimiento empírico para ellas como es el hablar con el bebé con un 74%, colocarse música en el vientre con un 58%, acariciar su vientre con un 100% entre otros que están dentro de los más altos porcentajes encontrados en los resultados, con lo cual se muestra que al efectuarlos sí producen emociones placenteras en la madre gestante con un 92% corroborando y comprobando la segunda hipótesis y el objetivo antes planteado en su elaboración.

Es así que a través del cuestionario realizado y comprobado previamente, se obtuvo altos índices de veracidad que al aplicar estimulación intrauterina auditiva se construye o se puede generar apego seguro como lo veremos a continuación con los resultados obtenidos: Vínculo seguro con un 52%, inseguro con el 36% y evitativo con un 12%. Los beneficios de tener un vínculo seguro empiezan por la aceptación del embarazo, para de esta manera disfrutar del proceso de la maternidad, lo cual en la mayoría de las adolescentes no sucede, fundamentalmente por el miedo a que sus padres o sus parejas no lo acepten, ni tengan el soporte necesario. Lo que conlleva consecuencias dañinas en la parte física y psicológica de la adolescente.

En cuanto al campo psicológico estarán presentes repercusiones afectivas, cambios emocionales, depresiones, problemas con su pareja, conflictos familiares entre otros; que generarán un desapego o una negación al embarazo. Sin dejar de lado el grado de inmadurez que ellas presentan en el momento de su gestación, por lo que cuando llegan al término del embarazo y se produce el parto, es en ese preciso instante en que de forma súbita comprenden el grado de responsabilidad que van a tener que asumir, como lo pude palpar en el centro de prácticas pre- profesionales, durante todo el tiempo en que me encontré en aquel lugar. En ocasiones estas repercusiones dan como resultado la negligencia afectiva hacia sus hijos o que los abuelos sustituyan y asuman roles de padres con sus nietos despojando del rol, responsabilidades y obligaciones al y a la adolescente.

En cuanto a la discusión de los resultados pude encontrar estos estudios que se relacionan con la investigación tratada, se realizó en la ciudad de Ambato en el año 2013 un estudio similar al presentado, con el tema *“el tipo de estimulación temprana producto de calidad del vínculo afectivo en la etapa prenatal de las mujeres que son beneficiarias del servicio de la Fundación Niñez y Vida- Tierra de Hombres en el cantón Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas”* por la autora Martinetti Martínez Martha Silvana, donde se encontraron resultados similares a los obtenidos, fundamentalmente en que existe un conocimiento empírico en la utilización de estimulación intrauterina, además trata que el hablar con el bebé y acariciar el vientre es lo que más se destaca, siendo otra característica similar a la investigación realizada. Recuperado de <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/6321>.

Otro estudio elaborado localmente es en la ciudad de Milagro en el año 2011 por las autoras Ramos Briones Fátima y Gualpa Cruz Carmen con el tema *“técnicas de estimulación prenatal como estrategia para el desarrollo socio afectivo del neonato”* en el cual se pudo encontrar similitudes como el resaltar la importancia de la estimulación intrauterina y los beneficios que conlleva esta técnica. Lamentablemente la información proporcionada en comparación a la investigación presentada es muy escasa. Recuperado de

<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/1267/1/TESIS%20TECNICA%20DE%20ESTIMULACION%20PRENATAL.pdf>.

Un estudio realizado internacionalmente, es en la ciudad de Barquisimeto en Venezuela en el año 2010 con el título “*programa de estimulación prenatal en adolescentes embarazadas, consulta de alto riesgo obstétrico. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”*”. Por la autora Beatriz La Fuente Abreu, en cuanto a las similitudes que se presentan están los beneficios de realizar estimulación intrauterina tanto en la madre gestante como en el feto, para mejorar la interacción con el entorno del bebé, considerándolo como un período importante en la formación del ser humano. Pese al diverso contexto, los beneficios entre ambos grupos de mujeres adolescentes embarazadas son muy similares. En cuanto a las diferencias se resalta que la autora utilizó dos tipos de estudio uno de control y otro experimental para observar si sus resultados variaban entre ambos. Además de utilizar una Escala de Evaluación Neurológica y Conductual de Brazelton para evaluar a los neonatos pertenecientes a ambos grupos, producto de los embarazos, para observar diferencias o similitudes entre los neonatos. Recuperado de <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWS460DV4L332010.pdf>.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Dentro de la investigación, fundamentalmente se comprobó que, al utilizar estimulación intrauterina auditiva dentro del tercer trimestre del embarazo, sí se genera un apego seguro hacia su hijo, en el grupo de adolescentes que formaron parte de la muestra.
- Las adolescentes gestantes que sí realizaban estimulación en sus hijos presentaban emociones placenteras hacia su embarazo, dando como resultado que este sea aceptado y teniendo repercusiones positivas en él bebé.
- Existe en la población un desconocimiento de qué es estimulación intrauterina, cómo efectuarlo, qué tipos existen, sus beneficios entre otros. Pero pese a que ignoran ésta técnica, culturalmente se ha ido pasando de generación en generación que “hablar con el bebé” es importante para que conozca la voz de la mamá, es así que si se utilizan herramientas pertenecientes a la estimulación, fundamentalmente del tipo auditivo, pero con conocimiento empírico, sin tomar en cuenta todo el impacto afectivo que el realizarlo tiene tanto en la madre como en el feto.
- Un factor fundamental dentro de la construcción del vínculo seguro está el cuidado y preocupación en la maternidad que se refiere a las situaciones de riesgo en las que incurrieron o no las adolescentes como por ejemplo el consumo de droga, y si existió o no intentos de aborto. Lo que se pudo obtener es que en la mayoría de madres gestantes no incurrieron en situaciones de riesgo.
- El instrumento utilizado para la recolección de los datos sí proporcionó información que ayude a comprobar ambas hipótesis planteadas, pese al número de preguntas y alternativas presentadas, fue de fácil entendimiento para las adolescentes.
- Dentro del cuestionario se especificaba que escogieran una sola emoción, de acuerdo a lo que sentían, si eran placenteras o negativas, pero pese a la instrucción que se les daba existió un alto porcentaje que escogió ambas alternativas. De las cuales las elecciones más puntuadas fueron amor, alegría y miedo.

Recomendaciones

- Se debería implementar un espacio físico que cuente con las características necesarias para realizar estimulación intrauterina, especialmente en los centros o áreas de salud donde sean manejados los embarazos adolescentes, como ejemplo tenemos a uno de los lugares de mayor afluencia, que es el HGOIA que cuenta con un área especializada para dar consulta a los adolescentes.
- Es de gran importancia que se armen campañas de concientización y se difunda a la población ecuatoriana en general, los beneficios de estimular al feto en el período prenatal, conociendo cómo se debe realizarlo y las consecuencias positivas que puede tener.
- Dentro de los cuidados prenatales que se deben cumplir en el período de gestación es fundamental recalcar que también es necesario lo afectivo tanto en la madre como en el feto, ya que toda experiencia que marque a la madre la sentirá el bebé tanto en reacciones químicas como en emociones que ella presente, de esta manera ser consciente que el feto ya podrá ver, sentir, escuchar, etc.
- Se debería construir un manual que esté acorde al contexto ecuatoriano, a las características de la población, edades y requerimientos para realizar estimulación intrauterina, empezando desde los inicios de la gestación, aprovechando a la par el desarrollo del feto e irlo estimulando de acuerdo a su desarrollo evolutivo, para conocer si se obtienen mayores y mejores resultados al hacerlo en un tiempo temprano del embarazo.
- Convendría que se realicen mayores estudios sobre el vínculo afectivo y la estimulación intrauterina no solo en adolescentes sino en la población fértil que existe y que se encuentra en proceso de gestación, construyendo un instrumento que mida la efectividad, el proceso y realice seguimiento de los neonatos para validar y comprobar los resultados de esta técnica.

C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tangibles

Albán, P. (2013). *Influencia de las emociones en la toma de decisiones organizacionales*. Programa de Maestría en Desarrollo del Talento Humano. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Quito- Ecuador.

Andrade, M. (2009) *Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÍ, 1 en el año 2009*. Maestría en adolescencia. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Quito-Ecuador.

Calesso, M. (2008). *Vínculo afectivo y estrés en la maternidad adolescente: un estudio con metodología combinada*. Trabajo de Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona- España.

Carrera, M. y Dexeus, T. (1986). *Así nace un niño*. España, Barcelona: Salvat. p. 14.

Corminas, C. (2005). *Embarazo y primer año de vida*. Madrid: Edición Palabras. pp. 28-30.

Enciclopedia de la Vida. (1980). Bruguera. p.40.

Enciclopedia Maternidad y puericultura. (1997). Tomo 1. Barcelona: Océano.

Enrique, M. (1999). *Emoción violenta: Interrelaciones Psiquiátrico-Psicológico-Jurídicas*, ed. Jurídicas Cayo. p. 124.

Erikson, E. (1998). *O Ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: Artmed. p. 52.

Federico, F. (2005). *El embarazo musical: comunicación, estimulación y vínculo prenatal a través de la música*, 1ª ed., 3ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Kier. p. 35.

Freire, V. (2011). *Influencia física y psicológica del embarazo en las adolescentes y sus repercusiones en la sociedad en el centro de salud Carlos Elizalde, área 4 Yanuncay, Cuenca- Ecuador, Enero-Julio 2010*. Proyecto de investigación previo a la obtención del

título de Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud. Universidad Técnica Particular de Loja, Cuenca- Ecuador.

Granier, D. (1994). *Les Compétences auditives prénatales*, Trabajo de tesis, Universidad de Paris-Sud, Orsay- Francia. p. 193.

Jordi, S. (1989). *La estimulación precoz en la educación especial*. Barcelona: CEAC. p. 19.

La Fuente, B. (2010). *Programa de estimulación prenatal en adolescentes embarazadas, consulta de alto riesgo obstétrico. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda"*. Trabajo presentado para optar al grado de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado", Barquesimeto- Venezuela.

Le Boulch, J. (1997). *Consideraciones sobre el Crecimiento y Desarrollo del Feto*, 2da. Edición. España: Editorial Paídos. p. 92.

León, W. (2008). *Norma y Protocolo Materno*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito- Ecuador.

Lindzey, H. (1994). *Teorías de la Personalidad*. São Paulo: Editorial Pedagógica e Universitaria Ltda. pp. 55-57.

Ludington, S. & Golant, S. (1985). *How to have a smarter baby*. New York: Printing History. p. 20.

Maldonado, M. y Oliva, A. (2008). *Importancia de la estimulación prenatal dirigida a mujeres en el último trimestre de embarazo*. Informe final de investigación previo a optar al título de Psicólogas en el Grado académico de Licenciaturas. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala- Guatemala.

Martinett, M. (2013). *El tipo de estimulación temprana producto de calidad del vínculo afectivo en la etapa prenatal de las mujeres que son beneficiarias del servicio de la Fundación Niñez y Vida- Tierra de Hombres en el Cantón Santo Domingo, Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas*. Informe final del trabajo de Graduación o Titulación previo a la obtención

del Título de Licenciada en Ciencias Humana de la Educación. Mención: Educación Parvularia. Universidad Técnica de Ambato, Ambato- Ecuador.

Methelin, C. (2001). *La sonrisa de la Gioconda, Clínica psicoanalítica con bebés prematuros*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC. pp. 25-41.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2007, Agosto). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito- Ecuador.

Molina, R., Sandoval, J., Luengo, X. (2004). *Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente*, 3º Edición. Editorial Efacim- Eduna.

Novelero, G. (1990). *Introducción al Crecimiento y Desarrollo del Niño*, 2da Edición. México: Editorial Trillas S.A. p. 38.

Orbe, C. (2012). *El estilo de apego del niño con la madre como factor de influencia en el proceso de adaptación al medio preescolar*. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Magíster en Educación. Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Posgrados, Quito-Ecuador.

Peña, G., Cañoto, R., Santalla, Z. (2006). *Una introducción a la Psicología*. Montalbán, Caracas: Editorial Texto C.A, Universidad Católica Andrés Bello.

Ramos, M. y Gualpa, C. (2011). *Técnicas de estimulación prenatal como estrategia para el desarrollo socio afectivo del neonato*. Proyecto previo a la obtención del título de Licenciadas en Ciencias de la Educación. Mención: Educación Parvularia. Universidad Estatal del Milagro, Milagro- Ecuador.

Segura, M. y Arcas, S. (2007). *Educación de las emociones y los sentimientos: Inducción práctica al complejo mundo de los sentimientos*. España, Madrid: Narcea. p. 15.

Sperling, A. (2004). *Psicología Simplificada/ Psychology Made Simple*, Trigésima octava ed. México: Lector. p. 13.

Terré. (2005). *Técnicas para la Estimulación Sensorial de madres embarazadas y niños en edad temprana. Manual Práctico*.

Valencia, I. (1999). *Revista Crecer*, Año 2, No. 21. Guayaquil. p. 29.

Verny, T. (1988). *La vida secreta del niño antes de nacer*. Argentina: Editorial Urano. pp. 10-17, 31-39.

Werner, B. (1993). *Psycho acoustic development in human infants*, en Rovel-Collier (ed.), *advances in Infanzzy Research*, vol. 7. p. 110.

Virtuales

26% de Adolescentes en el Ecuador, está embarazada. (28 de Septiembre del 2011). *El Diario*. Recuperado de: <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/205751-26-de-adolescentes-en-el-ecuador-esta-embarazada/>

Adolescencia, una etapa difícil de la vida. (2010, 06 de Mayo). *Adolescencia Media*. Recuperado de: <http://rastafarilive.wordpress.com/category/conflictos-de-la-adolescencia/clicos-del-adolescente/adolescencia-media/>

BabyCenter en Español. (2012, Junio). *Diferencias entre el apego del bebé y el vínculo afectivo de la madre*. Recuperado de: <http://espanol.babycenter.com/a15300068/diferencias-entre-el-apego-del-beb%C3%A9-y-el-v%C3%ADnculo-afectivo-de-la-madre>

Boletín de la Organización Mundial de la Salud. (2009). *Embarazo adolescente: un problema culturalmente complejo*. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

Bordignon, N. (2005, Julio- Diciembre). El Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson. El diagrama Epigenético del Adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. Vol. 2. pp. 51-60. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Caqui. (2012). *BuenasTareas.com*. Recuperado de: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Caqui/4674749.html>

Cosas de la infancia. (s.f.). *Embarazo ¿Qué es la estimulación prenatal?*. Recuperado de: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-esti-p-g.htm>

Definición ABC. (s.f.) Definición de Embarazo. Recuperado de:

<http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php#ixzz2J1F3G148>

Diana, P. (s.f.). *Estimulación Prenatal*. Recuperado de:

<http://mural.uv.es/diapan/#T%C3%A9cnicas>

Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente. (23 de Febrero del 2012). *El Universo*. Recuperado de <http://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>

Estimulación Prenatal. (2009, 25 de Septiembre). *Scridb*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/20212551/Estimulacion-Prenatal>

Etapas del embarazo- Desarrollo del embarazo. (s.f.). *Proyecto bebé*. Recuperado de: http://www.proyecto-bebe.es/etapas_del_embarazo.htm

García, P. (2011). *Presentación del monográfico: EL VÍNCULO AFECTIVO DE APEGO: INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO. Acción Psicológica*. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/1240991582?accountid=33322>

Grimaldi, C. (2009). *Etapas evolutivas del ser humano, en Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de: www.eumed.net/rev/cccsc/06/cgh13.htm

Manrique, B. (1999). *Abran paso al bebé, embarazo y estimulación temprana de los bebés*. Recuperado de: <http://www.abranpasoalbebe.com/estimulacionprenatal.htm>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (s.f.). *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

Muñoz, A. (s.f.) *Desarrollo psicosocial. Las etapas de Erikson*. Recuperado de: <http://www.cepvi.com/articulos/erikson2.shtml>

Padilla, M. (2009, 12 de Diciembre). *Estimulación Prenatal*. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/elizzabeth/estimulacin-prenatal>

Panella, M. y Aimé, M. (2010). *Armonización de las competencias en el sistema padres-hijos-profesionales en las etapas tempranas del desarrollo (0-3)*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3657258>

Pérez, S. (s.f.). *Beneficios de la estimulación in útero: importancia de afectos desde el vientre*. Recuperado de: <http://www.quilibrio.org/es/webstequilibrio/es/iculostemas/psicologia-y-comunicacion/prenatal/34-prenatalvientre>

Pineda, S. y Aliño M. (2002). *Manual de prácticas Clínicas para la atención en la adolescencia*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

Quiroz, R. (2000). *Padres Ok*. Recuperado de: <http://www.padresok.com>

Rodríguez, L. y Vélez, X. (2008). *Manual de estimulación en útero dirigido a gestantes*. pp. 11-17. Recuperado de: <http://www.uazuay.edu.ec/bibliotecas/estimulacion/manualestimulacion.pdf>

Slideshare. (2011, 04 de Marzo). *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/drpatino/embarazo-en-la-adolescencia-7151463>

Vínculo. (s.f.). Recuperado de: http://es.wikipedia.org/wiki/Vínculo_afectivo

Zambrano, D. (s.f.). *Beneficios de la estimulación prenatal*. Recuperado de: <http://www.facemama.com/estimulacion-prenatal/beneficios-de-la-estimulacion-prenatal.html>

Zambrano, D. (s.f.). *Estimulación Prenatal para el 2º trimestre*. Recuperado de: <http://www.facemama.com/embarazo/importancia-de-la-estimulacion-prenatal-1.html>

Zambrano, D. (s.f.). *Estimulación prenatal para el 3º trimestre*. Recuperado de: <http://www.facemama.com/estimulacion-prenatal/estimulacion-prenatal-tercer-trimestre.html>

ANEXOS

Plan Aprobado



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SUS CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

ERIKA IBETH PALACIOS MANTILLA

NOMBRE DEL TUTOR

DR. OSWALDO MONTENEGRO

AÑO LECTIVO

2012-2013

1) DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

2) TÍTULO:

“La estimulación intrauterina y el impacto emocional en el vínculo materno en adolescentes del Hospital Gineco- obstétrico “Isidro Ayora” en edades comprendidas entre 15 y 18 años que se encuentren en el último trimestre del embarazo”.

3) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

3.1 Preguntas:

- ¿Influye la estimulación intrauterina en el apego de madre a hijo?
- ¿Una correcta estimulación intrauterina genera un vínculo estructurado en la madre adolescente?
- ¿qué tipo de emociones experimenta la madre adolescente cuando inicia la estimulación intrauterina?

3.2 Objetivos:

3.1.1 Objetivo General:

- Determinar si la aplicación de estimulación intrauterina en el último trimestre de embarazo genera un apego apropiado.

3.1.2 Objetivo Específico:

- Conocer si la estimulación intrauterina genera una apropiada respuesta emocional al embarazo adolescente.
- Explorar las emociones de la adolescente embarazada cuando haga el proceso de estimulación intrauterina.

4) JUSTIFICACIÓN:

El embarazo adolescente es un problema social a nivel mundial donde en todos los países se vive la situación de tener una población de madres jóvenes como vemos a continuación:

“Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe.

En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.”¹

No hay que dejar de lado la situación que vive nuestro país, donde el embarazo adolescente tiene un índice muy alto actualmente, a pesar de las medidas preventivas y las campañas que brinda el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Más del 17% de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela, según datos divulgados el jueves por el Gobierno, que ha lanzado una campaña para reducir esa cifra en una cuarta parte en dos años.

En el 2010, el último año del que hay cifras oficiales, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños.

Además, menores de entre 10 y 14 años tuvieron cerca de 1.100 hijos ese año.

Lejos de bajar, esas cifras han aumentado desde el 2006 y colocan a Ecuador, junto a Venezuela, a la cabeza de toda América Latina en términos de embarazo adolescente, según datos del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.²

¹Boletín de la Organización Mundial de la Salud

² Diario el Universo/ Viernes 24 de febrero del 2012

Conocer las cifras del embarazo adolescente es relativamente fácil pero cuántas de ellas cuentan o no con el apoyo de la pareja y lo fundamental de este número cuantas mujeres tendrán un vínculo estructurado con su hijo.

Desde el momento de la concepción el cuerpo de la mujer empieza a cambiar tanto física como psicológicamente, existe una explosión hormonal que repercute directamente en el temperamento de la embarazada sea adulta o adolescente.

Por este motivo es fundamental conocer desde el embarazo como influye una correcta estimulación intrauterina para generar un vínculo con el bebé, disfrutar de la maternidad y asumir el embarazo como un transcurso placentero en la vida de la madre adolescente.

Debido a ésta situación, es importante el tema a tratar para comprender si la estimulación intrauterina repercute o no en los sentimientos, emociones de la adolescente embarazada.

La Importancia de la estimulación prenatal en el segundo trimestre está centrada en actividades oportunas que enriquecen al niño en su desarrollo físico y mental. “Es un proceso que usa varios estímulos, como los sonidos, en especial la voz de la madre, la música, la presión y la luz para comunicarse con el bebé que está aún en el útero. El niño aprende a reconocer y responder a diferentes estímulos, optimizando su desarrollo físico y mental”

La estimulación auditiva es una de las más importantes. Para partir con este tipo de estimulación, la madre debe tomar conciencia de la presencia de su hijo en su vientre como una persona a la que le puede contar todo lo que realiza. Por ejemplo al despertar: Buenos días hijo, ahora me voy a bañar ¿me acompañas? Una vez que estás adentro de la ducha, le comentas que el agua está calentita, le dices que te vas a lavar el cabello y el cuerpo, le hablas durante todo el baño. Debes repetir esta actitud durante todo el día y le narras todas tus actividades.

La utilidad del presente trabajo es conocer y tratar acerca del impacto emocional de la estimulación intrauterina, dándole la importancia en el embarazo especialmente en una edad crítica como la adolescencia, donde por sí sola es una etapa complicada en la vida de cada persona y a esto se le suma el afrontar un embarazo temprano con o sin apoyo de la pareja.³

³Dafnis Zambrano, Especialista en Estimulación Prenatal del Centro de Salud Integral UMUVA

La factibilidad del proyecto de investigación es óptima debido al lugar donde se realiza las prácticas pre- profesionales, al estar en un hospital gineco- obstétrico existe la facilidad de encontrar a adolescentes en gestación en el periodo que sean brindados los servicios de la práctica pre- profesional, al igual que existe la oportunidad de llamar a consulta psicológica a la usuaria para realizar un seguimiento en cuanto al proceso del embarazo y sus emociones al mismo.

4.1 Delimitación temporal/ espacial

Se realizará a las adolescentes embarazadas comprendidas en edades de 15 a 18 años. El contexto en el cual se desarrollará la presente investigación es en el Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” ubicado en las calles Gran Colombia N 14-66 y Sodiro (Sector San Blas) en la Ciudad de Quito bajo la tutoría de la Dra. Cecilia Zurita, Psicóloga Clínica en el año 2013.

5) MARCO TEÓRICO:

5.1 Posicionamiento Teórico:

- Psicoanálisis/ Teoría del Apego
- Estadios de Erick Erikson

5.2 Plan Analítico:

Capítulo I: Embarazo adolescente

Subcapítulos:

- 1.1 La adolescencia y sus etapas
- 1.2 Periodos del desarrollo humano
- 1.3 Fases del embarazo
- 1.4 El embarazo adolescente y sus repercusiones psicosociales

Capítulo II: Estimulación intrauterina

Subcapítulos:

- 2.1 Definición de estimulación
- 2.2 Tipos de estimulación
- 2.3 Importancia de la estimulación intrauterina
- 2.4 Beneficios de la estimulación intrauterina

Capítulo III: Reacciones emocionales

Subcapítulos:

- 3.1 Definición de emociones y sentimientos
- 3.2 Clasificación de las emociones según Ekman
- 3.3 El embarazo adolescente y sus reacciones emocionales

Capítulo IV: Vínculo Materno

Subcapítulos:

- 4.1 Definición de Vínculo
- 4.2 Tipos de Vínculos
- 4.3 Vínculo Materno
- 4.4 Vínculo Paterno

6) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- “La vida secreta del niño que está por nacer” Thomas Verny
- “La comunicación materno-filial en el embarazo. El vínculo de apego.” Natalia López Moratalla, Editorial: EUNSA
- “Abran paso al bebe”, Manrique, B.(1999),

7) ENFOQUE DE LA INVESTIGACION

- Enfoque Cuantitativo

8) TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- Investigación Correlacional

9) FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

9.1. Planteamiento de hipótesis

- La estimulación intrauterina auditiva genera una mejor estructuración del vínculo materno.

9.1.2. Identificación de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

Estimulación intrauterina auditiva

La audición es uno de los sentidos que conecta al bebé con el mundo exterior y a su vez es uno de los que más se pueden estimular, ya que a partir de las 24 semanas de gestación, empieza a captar y responder al embrión de 28 días los sonidos externos e internos.

Los bebés que responden los sonidos con movimientos o aumento en su frecuencia

VARIABLE DEPENDIENTE

cardíaca, son bebés con buena vitalidad. (Dr. Sixto Chiliquinga)

Vínculo Materno

“El niño que recibe desde el momento del nacimiento una atención afectiva establecerá una relación de confianza y de la misma manera de dependencia, cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad”. (Giron Rodríguez y Sánchez 2003)

9.1.3 Definición Operacional

CATEGORÍA	INDICADORES	MEDIDA	INSTRUMENTAL
Estimulación auditiva	-Hablar con el bebé	Si/ No/ A veces	Cuestionario adaptado
	-Leerle cuentos		
	-Colocarse música en el vientre		
	-Saludarle al bebé en el vientre.		
Estimulación táctil	-Acariciar el vientre.	Si/ No/ A veces	
	-Utilizar texturas en el contorno del vientre materno.		
	-Masajear con crema o aceite.		
Estimulación visual	-Utilizar una linterna en el vientre.	Si/ No/ A veces	

	-Acercar al vientre focos o luces de colores.		
	-Tomar sol directamente en el vientre.		
Estimulación motora	-Sentir el movimiento del bebé en el cambio de posición de la madre en la cama, de un lado al otro.	Si/ No/ A veces	
	-Ejercicios Físicos		
	-Ejercicios de relajación.		

CATEGORÍA	INDICADORES	MEDIDA	INSTRUMENTAL
Vínculo seguro	*Asistencia a consulta prenatal recurrente.	Si/ No	Cuestionario adaptado
	*Cuidado nutricional		
	*Preocupación física		
	*No consumo de drogas, alcohol o tabaco.		
Vinculo inseguro	*Negligencia afectiva	Si/ No	
	*Dificultad para asumir el embarazo		

	*Asistencia parcial a consulta prenatal		
	*Dificultad en relacionarse con el entorno a partir del embarazo		
Vínculo evitativo	*No asistencia a consulta prenatal	Si/ No	
	*Ideas e intentos de aborto.		
	*Negación al embarazo		
	*Dificultad para asumir la maternidad		

9.2.1. Planteamiento de hipótesis

- La estimulación intrauterina produce emociones placenteras en la madre gestante.

9.2.2. Identificación de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

Estimulación Intrauterina

La estimulación en útero, llamada también estimulación prenatal o intrauterina, describe variadas técnicas físicas y de relajación aplicadas por agentes educativos como la misma mamá, papá o con ayuda de terceros durante la gestación, con el objetivo de favorecer el desarrollo del sistema nervioso, la comunicación, los vínculos afectivos con

la madre, el padre o ambos, en el mejor caso (Bahamón, N., 2011).

VARIABLE DEPENDIENTE

Emociones

La emoción es una respuesta inmediata del organismo que le informa el grado de favorabilidad de un estímulo o situación.

Si la situación le favorece su supervivencia, experimentara una emoción positiva (alegría,

satisfacción, deseo, paz, etc.) y sino experimenta una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, etc.)

(V.J. Wakmir, 1967)

9.2.3. Definición Operacional

CATEGORÍA	INDICADORES	MEDIDA	INSTRUMENTAL
Estimulación auditiva	-Hablar con el bebé	Si/ No/ A veces	Cuestionario adaptado
	-Leerle cuentos		
	-Colocarse música en el vientre		
	-Saludarle al bebé en el vientre		
Estimulación táctil	-Acariciar el vientre.	Si/ No/ A veces	
	-Utilizar texturas en el contorno del vientre materno.		
	-Masajear con crema o aceite		
Estimulación visual	-Utilizar una linterna en el vientre.	Si/ No/ A veces	
	-Acercar al vientre focos o luces de colores.		
	-Tomar sol directamente en el vientre.		

Estimulación motora	-Sentir el movimiento del bebé en el cambio de posición de la madre en la cama, de un lado al otro.	Si/ No/ A veces
	-Ejercicios Físicos	
	-Ejercicios de relajación.	

CATEGORÍA	INDICADORES	MEDIDA	INSTRUMENTAL
Emociones placenteras	Alegría	Si/ No/ A veces	Cuestionario adaptado
	Satisfacción		
	Placer		
	Tranquilidad		
	Deseo		
	Amor		
Emociones negativas	Tristeza	Si/ No/ A veces	
	Desilusión		
	Pena		
	Angustia		
	Culpa		
	Miedo		
	Rechazo		

10) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

10.1 Cuantitativo

10.2 No experimental

11) DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

11.1 Población y muestra

11.1.1 Características de la población o muestra

- Usuarías Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora”.
- Edades comprendidas entre 15 y 18 años de edad.
- Encontrarse en periodo de gestación, en el último trimestre.

11.1.2. Diseño de la muestra

➤ Probabilística

- Población 60 usuarias

$$n = \frac{N^2 z^2}{(N-1) E^2 + z^2}$$

$$n = \frac{0.9604 * 60}{(59) 0.0036 + 0.9604}$$

$$n = \frac{57.6}{1.17}$$

$$n = 49$$

11.1.3 Tamaño de la muestra

Dado el resultado de la fórmula probabilística el número de pacientes para la investigación es de 49 usuarias.

12) MÉTODOS , TÉCNICAS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Métodos:

- Científico
- Clínico
- Estadístico

Técnicas:

- Entrevista
- Observación
- Psicométrica
- Tabulación de datos
- Estudio de sintomatologías

Instrumentos:

- Historia clínica
- Hoja CLAP
- Cuestionario
- Hojas de evolución

13) FASES DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO:

- **Preparación y reproducción de los instrumentos de recabación**

Después de definir la muestra se lleva a cabo la elaboración del cuestionario donde constara las preguntas necesarias para la investigación, se realizara en los meses de Febrero y Marzo.

- **Autorización de las pacientes para ser incluidas en la investigación**

Para poder incluir en la muestra se necesita contar con el permiso brindado por la población participante, será obtenido a través de una hoja firmada y autorizada por la paciente.

- **Recabación de datos**

Se realizará a través de la historia clínica y del cuestionario previamente elaborado.

- **Tabulación de resultados**

Una vez obtenido los datos se colocaran en una base de datos para llevar el cálculo de la muestra.

- **Informe final**

Se presentara al concluir la investigación en el mes de Octubre del año 2013.

14) PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Conocimiento acerca de estimulación intrauterina

- Mucho
- Poco
- Nada

Afinidad a un tipo de estimulación:

- Auditiva
- Táctil
- Visual
- Motora
- Multisensorial

Tipos de Vínculos:

- Seguro
- Inseguro
- Ansioso/ ambivalente

Particularidades del vínculo materno en la adolescente embarazada

- Incertidumbre
- Alegría
- Felicidad
- Preocupación
- Culpa
- Temor
- Miedo
- Rechazo
- Negación

Emociones en el proceso de la estimulación intrauterina

- Felicidad
- Incertidumbre
- Alegría
- Desconfianza
- Desinterés

15) RESPONSABLES

- Erika Ibeth Palacios Mantilla.
- Dr. Oswaldo Montenegro

16) RECURSOS

16.1. Recursos Materiales

Materiales	Costo unidad	Costo total
50 Hojas Clap	0.05 ctvs.	USD 2.50
50 Hojas de evolución	0.02 ctvs.	USD 1.00
50 Cuestionarios	0.08 ctvs.	USD 4.00
50 Hojas de consentimiento para la muestra	0.05 ctvs.	USD 2.50
25 Esferográficos	0.25 ctvs.	USD 6.25
3 correctores de esferos	0.50 ctvs.	USD 1.50
3 resaltadores de texto	0.60 ctvs.	USD 1.80
50 copias	0.05 ctvs.	USD 2.50

16.2. Recursos Económicos

Materiales	Costo unidad	Costo total
Transporte	USD 1.50	USD 557, 50
500 Impresiones	0.10 ctvs.	USD 50.00
Almuerzo diario	USD 2.00	USD 360.00

16.3 Recursos tecnológicos

Materiales	Costo unidad	Costo total
Alquiler del computador	0.80 ctvs.	USD 160.00

200 horas		
Internet 500 horas	0.80 ctvs.	USD 400.00
Maternet 100 horas	0.80 ctvs.	USD 80.00

17) CRONOGRAMA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

Actividad/ Tiempo	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Diseño del proyecto	x	x	x										
Presentación y aprobación			x	x									
Marco teórico				x	x	x							
Preparación y reproducción de instrumentos					x	x							
Aplicación de instrumentos						x	x	x	x				
Análisis estadístico									x	x	x		
Elaboración del reporte final											x	x	
Revisión y aprobación del reporte final											x	x	x

18) BIBLIOGRAFÍA:

1. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>

2. <http://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>
3. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Apego-Materno-Infantil/401153.html>
4. www.hgoia.med.ec
5. <http://www.facemama.com/embarazo/importancia-de-la-estimulacion-prenatal-1.html>
6. www.drsixto.com/pdf/estimulacion.pdf

Fecha de presentación:

19) FIRMAS:

Tutor de la investigación

Dr. Oswaldo Montenegro

Investigador

Erika Palacios

Glosario Técnico

Adrenalina: también conocida como epinefrina, es una hormona y un neurotransmisor. Incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata los conductos de aire, y participa en la

reacción de lucha o huida del sistema nervioso simpático. Químicamente, la adrenalina es una catecolamina, una monoamina producida sólo por las glándulas suprarrenales a partir de los aminoácidos fenilalanina y tirosina.

Álter ego: del latín alter ego, "el otro yo" es un segundo yo, que se cree es distinto de la personalidad normal u original de una persona. El término fue acuñado en el siglo XIX cuando el trastorno de identidad disociativo fue descrito por primera vez por los psicólogos. Una persona que tiene un álter ego se dice que lleva una doble vida.

Apego: vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección. No se trata de un sentimiento inmaterial, sino de conductas observables que comienzan de manera refleja.

Blástula: Una de las primeras fases del desarrollo embrionario en la que, por segmentación del cigoto, se forma una estructura en forma de esfera hueca, constituida por una sola capa de células.

Calostro: líquido secretado por las glándulas mamarias durante el embarazo y los primeros días después del parto, compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas y carbohidratos en un líquido seroso y amarillo.

Catecolamina: son neurotransmisores que se vierten al torrente sanguíneo.

CLAP: es un sistema informático que se basa en la atención integral para el adolescente.

Cigoto: célula resultante de la unión del gameto masculino (espermatozoide) con el gameto femenino (ovocito) en la reproducción sexual de los organismos.

Contracciones Braxton Hicks: son contracciones uterinas esporádicas que comienzan alrededor de la sexta semana del embarazo, durante todo el período gestacionario.

Embrión: es la etapa inicial del desarrollo de un ser vivo mientras se encuentra en el útero de la madre. En el caso específico del ser humano, el término se aplica hasta el final de la octava semana desde la concepción (fecundación).

E-movere: Lo que tiene movimiento, virtud y fuerza de mover.

Empírico: Que está basado en la experiencia y en la observación de los hechos.

Encefalinas: interviene en la regulación del dolor y en la nocicepción corporal (proceso neuronal mediante el cual que se codifican y procesan los estímulos potencialmente dañinos para los tejidos).

Epigenético: estudio de todos aquellos factores no genéticos que intervienen en la determinación del desarrollo de un organismo, es el conjunto de procesos químicos que modifican la actividad del ADN pero sin alterar su secuencia.

Estadio: etapa o fase de un proceso, desarrollo o transformación.

Evocaciones: recuerdo, memoria que se tiene de algo.

Feto: en los mamíferos placentarios, producto de la concepción desde que pasa el periodo embrionario hasta el momento del parto.

HGOIA: Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora”

La Mielina: material lipoproteico, se encuentra en el sistema nervioso de los vertebrados, formando una capa gruesa alrededor de los axones neuronales, que permite la transmisión de los impulsos nerviosos entre distintas partes del cuerpo gracias a su efecto aislante.

Lanugo: forma de pelo o vello corporal muy fino, que crece como aislante de la piel por razón de ausencia de grasa, está presente en los fetos como parte normal de su desarrollo durante el embarazo y se pierde aproximadamente a las 40 semanas de edad gestacional.

Mórula: del latín “morum”, mora, ya que tiene ese aspecto, es una masa de células que se da como consecuencia de la segmentación de la célula inicial o cigoto, la cual sufre numerosas divisiones.

Neurona: tipo de células del sistema nervioso cuya principal función es la excitabilidad eléctrica de su membrana plasmática; están especializadas en la recepción de estímulos y conducción del impulso nervioso.

OMAEP: Organización Mundial de Asociaciones de Educación Prenatal.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Ontogenético: referente a la ontogenia, también llamada morfogénesis u ontogénesis, describe el desarrollo de un organismo, desde el óvulo fertilizado hasta su forma adulta.

Reflejo de búsqueda (rooting): se presenta cuando uno acaricia la mejilla del bebé. El bebé girará la cabeza hacia el lado acariciado y comenzará a hacer movimientos de succión con la boca.

Sinapsis: es una unión funcional intercelular especializada entre neuronas¹ o entre una neurona y una célula efectora. En estos contactos se lleva a cabo la transmisión del impulso nervioso.

Surfactantes pulmonares: sustancias que cuando el niño respire luego del parto, evitarán que se peguen las paredes de los alvéolos pulmonares, facilitando el intercambio de gases entre el aire y la sangre que tiene lugar en los sacos alveolares pulmonares en la profundidad del pulmón.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Vérnix caseosa: es un material grasoso de textura parecida a la del queso que reviste la piel del recién nacido humano. Consiste en una mezcla de secreciones grasas procedentes de las glándulas sebáceas fetales y de células epidérmicas muertas.

Vínculo afectivo: Es el sentimiento amoroso que se siente por otras personas y el placer de tenerlos cerca, tocarlo, soñar con él o con ella y otras acciones que resultan muy estimulantes. La forma más efectiva de los vínculos afectivos es el amor.

Instrumento- Cuestionario

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

PSICOLOGÍA CLÍNICA

CUESTIONARIO

Datos de Identificación

De Historia Clínica:

Fecha:

Edad:

Semanas de Gestación:

Datos de Información

Llenar el siguiente cuestionario, marcando una **X** en el lugar que corresponda a su criterio, o en la respuesta que más se aproxime a su realidad. Todos los datos obtenidos serán utilizados en la investigación de “**Estimulación intrauterina y vínculo**” de manera confidencial.

Muchas gracias por tu colaboración

Preguntas:

1) ¿Conoce qué es estimulación intrauterina?

SI ☐

NO ☐

2) ¿Habla con su bebe?

SI ☐

NO ☐

A VECES ☐

3) ¿Le lee cuentos?

SI ☐

NO ☐

A VECES ☐

¿De qué tipo? _____

4) ¿Se coloca música en su vientre?

SI ☐

NO ☐

A VECES ☐

Si su respuesta fue si o a veces ¿Qué tipo de música le ha colocado? _____

5) ¿Al levantarse en las mañanas saluda a su bebé?

SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

6) ¿Acaricia su vientre?

SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

7) ¿Hace masajes con crema o aceite en su vientre?

SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

8) ¿Utiliza pelotas, telas u otro tipo de texturas en su vientre para jugar con su bebé?

SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

9) ¿Ha colocado luces en su vientre, como lámparas o focos?

SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

10) ¿Ha recibido luz solar directamente sobre el vientre?

SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

11) ¿Siente el movimiento del bebé cuando cambia de posición en la cama, de un costado al otro?

SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

12) ¿Realiza algún tipo de ejercicio maternal?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

13) ¿Ha realizado ejercicios de relajación en el periodo de embarazo?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

14) ¿Cuántos controles prenatales ha tenido?

NINGUNO ☐ 1-4 ☐ 5 O MÁS ☐

15) ¿Su peso es?

ADECUADO ☐

BAJO ☐

SOBREPESO ☐

16) ¿Cuántas comidas al día ingiere?

UNA ☐

DOS ☐

TRES ☐

4 O MÁS ☐

17) ¿Qué tipo de alimentación consume en su embarazo, con mayor frecuencia?

VERDURAS ☐

CEREALES ☐

FRUTAS ☐

CARNE (pollo, res, huevos) ☐

DULCES Y GRASAS ☐

LÁCTEOS ☐

18) ¿Siente los movimientos del bebé a menudo?

SI ☐

NO ☐

A VECES ☐

19) ¿Sí recibiera un golpe o caída que ponga en riesgo a su bebé qué haría?

ACUDIR AL HOSPITAL ☐

QUEDARSE EN CASA ☐

NADA ☐

20) ¿Ha consumido droga, alcohol o cigarrillo en el embarazo?

SI ☐

NO ☐

A VECES ☐

21) ¿Cómo se siente con su embarazo?

ALEGRE ☐

TRISTE ☐

AMBAS ☐

22) ¿Cómo señalaría su embarazo?

ACEPTADO ☐

INDIFERENTE ☐

NO ACEPTADO ☐

23) ¿Ha sentido dificultad para asumir su embarazo?

SI ☐

NO ☐

A VECES ☐

24) ¿Le cuesta relacionarse con las personas, desde su embarazo?

SI ☐

NO ☐

A VECES ☐

¿Con quién? _____

25) ¿Ha tenido idea o intentos de aborto?

SI ☐

NO ☐

¿Cuáles y cuántos? _____

26) ¿Cree que se la ha dificultado asumir su embarazo?

SI ☐

NO ☐

A VECES ☐

27) ¿Qué tipo de emociones con mayor frecuencia ha sentido en su embarazo?

AGRADABLES ☐

DESAGRADABLES ☐

28) Dependiendo de la emoción antes escogida, identifique ¿Cuál es la que representa su embarazo?

LAS EMOCIONES AGRADABLES SON:

ALEGRÍA ☐

TRANQUILIDAD ☐

SATISFACCIÓN ☐

PLACER ☐

DESEO ☐

AMOR ☐

DESAGRADABLES:

TRISTEZA ☐

DESILUSIÓN ☐

PENA ☐

ANGUSTIA ☐

CULPA ☐

RECHAZO ☐

☐

MIEDO

Tabla de datos

Primera hipótesis

N	HIPÓTESIS	VINCULO MATERNO	ESTIMULACIÓN AUDITIVA				INDICADORES VINCULO SEGURO			INDICADORES VINCULO INSEGURO		INDICADORES VINCULO EVITATIVO	
		(intercepto)	Hablar con el bebé	Leerle cuentos	Colocarse música en el vientre	Saludarle al bebé.	Ejercicio maternal	Asistencia a consulta prenatal	consumo de droga, alcohol o cigarrillo	dificultad para asumir el embarazo	dificultad en relacionarse con el entorno a partir del embarazo	ideas e intentos de aborto	negación al embarazo
1	vínculo evitativo	3	1	2	1	1	1	3	1	2	2	2	1
2	vínculo seguro	1	1	1	1	1	2	3	1	3	2	1	1
3	vínculo seguro	1	1	3	1	1	2	3	1	2	2	1	1
4	vínculo inseguro	2	3	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1
5	vínculo seguro	1	1	3	1	1	2	3	1	2	2	1	1
6	vínculo inseguro	2	1	2	1	3	2	3	2	2	2	1	1
7	vínculo seguro	1	1	1	1	1	2	3	1	2	2	1	1
8	vínculo inseguro	2	1	2	3	1	2	2	1	3	2	1	1
9	vínculo evitativo	3	3	3	2	3	2	3	1	3	2	2	1
10	vínculo seguro	1	1	1	3	3	2	3	1	2	2	1	1
11	vínculo evitativo	3	1	1	1	3	1	3	3	3	2	2	1
12	vínculo seguro	1	3	3	2	1	2	3	1	2	2	1	1

13	vínculo seguro	1	1	2	1	1	2	3	1	2	2	1	1
14	vínculo seguro	1	1	3	3	1	2	3	1	2	2	1	1
15	vínculo evitativo	3	2	1	1	2	2	3	3	1	1	2	2
16	vínculo seguro	1	1	2	1	3	2	3	1	3	2	1	1
17	vínculo seguro	1	3	2	2	1	2	3	1	2	2	1	1
18	vínculo evitativo	3	1	2	1	1	2	3	1	2	2	2	1
19	vínculo seguro	1	1	2	1	1	2	3	1	3	2	1	1
20	vínculo seguro	1	1	3	1	2	2	3	1	2	2	1	1
21	vínculo inseguro	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1
22	vínculo inseguro	2	1	3	3	1	2	2	1	1	3	2	1
23	vínculo seguro	1	1	2	2	1	2	3	1	2	2	1	1
24	vínculo seguro	1	1	3	3	1	2	3	1	3	2	1	1
25	vínculo seguro	1	3	1	2	1	2	3	1	2	2	1	1
26	vínculo seguro	1	1	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1
27	vínculo seguro	1	1	2	1	1	2	3	1	2	2	1	1
28	vínculo inseguro	2	1	2	3	3	2	2	1	3	3	2	1
29	vínculo seguro	1	1	3	1	3	2	3	1	2	2	1	1
30	vínculo inseguro	2	1	3	2	1	2	2	1	3	3	1	1
31	vínculo inseguro	2	1	3	3	1	2	2	1	2	2	1	1
32	vínculo seguro	1	1	1	1	1	2	3	1	2	3	1	1
33	vínculo evitativo	3	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
34	vínculo seguro	1	1	3	3	3	2	2	1	3	3	1	1
35	vínculo	2	1	3	1	1	2	3	2	2	2	1	1

	inseguro												
36	vínculo seguro	1	1	2	1	1	2	3	1	2	2	1	1
37	vínculo seguro	1	1	2	2	1	2	3	1	2	2	1	1
38	vínculo seguro	1	1	2	1	1	2	3	1	2	2	1	1
39	vínculo inseguro	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
40	vínculo inseguro	2	1	2	1	2	2	2	1	3	3	1	1
41	vínculo inseguro	2	3	2	1	3	2	3	1	2	3	1	1
42	vínculo inseguro	2	3	2	1	1	2	3	1	1	2	1	1
43	vínculo seguro	1	1	2	3	1	2	3	1	2	2	1	1
44	vínculo seguro	1	1	1	1	3	2	3	1	2	1	1	1
45	vínculo inseguro	2	2	2	1	2	2	3	1	1	2	1	1
46	vínculo inseguro	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	1	1
47	vínculo inseguro	2	3	3	1	1	2	2	1	3	3	1	1
48	vínculo inseguro	2	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1
49	vínculo seguro	1	1	1	2	1	2	3	1	2	2	1	1
50	vínculo inseguro	2	3	2	1	1	2	2	1	2	3	1	1

Segunda hipótesis

N	HIPÓTESIS	EMOCION PLACENTERA	ESTIMULACIÓN AUDITIVA				ESTIMULACIÓN TÁCTIL			ESTIMULACIÓN VISUAL		ESTIMULACIÓN MOTORA		
		(intercepto)	Hablar con el bebé	Leerle cuentos	Colocarse música en el vientre	Saludarle al bebé en el vientre.	Acariciar el vientre.	Masajear .	texturas en el contorno del vientre materno	Acercar al vientre focos o luces de colores.	Tomar sol directamente en el vientre.	Sentir el movimiento del bebé en el cambio de posición de la madre.	Ejercicios Físicos	Ejercicios de relajación.
1	Negativas	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2
2	Placenteras	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1	2	2
3	Placenteras	1	1	3	1	1	1	3	3	2	1	1	2	2
4	Placenteras	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2
5	Placenteras	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2
6	Negativas	2	1	2	1	3	1	1	2	2	1	1	2	2
7	Placenteras	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1
8	Negativas	2	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	2
9	Negativas	2	3	3	2	3	1	1	2	2	2	1	2	2
10	Placenteras	1	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	2	2
11	Negativas	2	1	1	1	3	1	1	2	2	3	1	1	1
12	Placenteras	1	3	3	2	1	1	3	2	2	1	1	2	2
13	Placenteras	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
14	Placenteras	1	1	3	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2
15	Negativas	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1
16	Placenteras	1	1	2	1	3	1	3	2	3	2	1	2	2
17	Placenteras	1	3	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2

18	Negativas	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2
19	Placenteras	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
20	Placenteras	1	1	3	1	2	1	3	2	3	1	1	2	2
21	Placenteras	1	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
22	Negativas	2	1	3	3	1	1	3	2	2	1	1	2	2
23	Negativas	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2
24	Placenteras	1	1	3	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2
25	Placenteras	1	3	1	2	1	1	1	2	3	3	1	2	2
26	Placenteras	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2
27	Placenteras	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2
28	Negativas	2	1	2	3	3	1	1	2	2	3	1	2	2
29	Placenteras	1	1	3	1	3	1	1	2	2	3	3	2	2
30	Placenteras	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2
31	Placenteras	1	1	3	3	1	1	1	2	3	3	1	2	2
32	Placenteras	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2
33	Placenteras	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2
34	Negativas	2	1	3	3	3	1	1	2	2	3	1	2	2
35	Negativas	2	1	3	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2
36	Placenteras	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2
37	Placenteras	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2
38	Placenteras	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2
39	Placenteras	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2
40	Placenteras	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2
41	Negativas	2	3	2	1	3	1	2	2	1	3	1	2	2
42	Placenteras	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2
43	Placenteras	1	1	2	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2
44	Placenteras	1	1	1	1	3	1	1	2	2	3	1	2	2

45	Placenteras	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2
46	Negativas	2	1	2	2	3	1	1	2	2	1	1	2	2
47	Placenteras	1	3	3	1	1	1	3	3	2	1	1	2	2
48	Placenteras	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
49	Placenteras	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2
50	Negativas	2	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2